



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CUIDAR CONFORTANDO

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

Cristina Paula Ramalho de Sena Martins d' Oliveira Pegado

Lisboa, Janeiro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

GUIAR CONFORTANDO

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

Por Cristina Paula Ramalho de Sena Martins d' Oliveira Pegado

Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, Janeiro de 2011

“As excelências, então, não se geram em nós nem por natureza, nem contra a natureza, mas por sermos constituídos de tal modo que podemos, através de um processo de habituação, acolhê-las e aperfeiçoá-las”.

Aristóteles, in Ética a Nicómaco

RESUMO

A elaboração do presente relatório pretende descrever e analisar o processo percorrido na aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas propostas pelo plano de estudos do curso, e que, estiveram na génese do projecto da Unidade Curricular Estágio. Deste resultou a realização de dois estágios:

Módulo I - Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier, de 20/04/09 a 20/06/09, onde procurei desenvolver competências na área nuclear do enfermeiro especialista, considerando que a saúde e o bem-estar dos clientes são influenciadas pela competência demonstrada na acção dos enfermeiros. Em toda a prática clínica procurei proporcionar ao cliente e à família Cuidados de Conforto, nos seus diferentes tipos e contextos, de acordo com o defendido por Katharina Kolcaba na sua Teoria de Médio Alcance. Com o desenvolvimento de uma Relação de Ajuda com cliente e família em situação de doença aguda ou crónica agudizada pretendi proporcionar suporte psicológico e educação, contribuindo dessa forma, para os ganhos de saúde.

Módulo III - Geriatria, que foi realizado no Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, no período compreendido entre 28/09/09 a 20/11/09, onde procurei desenvolver competências geriátricas focalizadas na área da Relação de Ajuda e da formação em contexto da prática clínica dos pares, centradas nas necessidades do idoso em situação de dependência e fragilidade perante a doença crónica e as limitações que esta pode envolver.

Transversal a estes dois módulos esteve sempre a preocupação com a formação pessoal e profissional dos pares, na medida em que, a formação em serviço constitui uma importante estratégia na mudança efectiva de comportamentos e na aquisição de competências.

Para a elaboração deste relatório recorri à metodologia descritiva e analítica, em que as estratégias utilizadas foram a pesquisa bibliográfica e a elaboração de um portfólio reflexivo. A sustentar todo este percurso esteve a reflexão constante na e sobre a prática clínica de cuidados. No final desta etapa considero que evolui de forma progressiva e constante na aquisição de competências especializadas exigidas para atribuição do Título de Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

To describe and analyse the journey of acquisition and development of clinical specialized competences, that are part of the course study planning, are the present report goals which were in the genesis of the Stage Curricular Unity. From these result two stages:

Set I – Hospital of São Francisco Xavier General Emergency Service, between 20/04/09 and 20/06/09, where I tried to develop competences in specialized nurse nuclear area considering that the clients health and well-being are influenced by observed nurses actions. Accordingly with Half Range Theory of Katharina Kolcaba, during all clinical practice, I tried to offer Comfort Care to the patient and family in different ways and contexts. I think that the nurse is able to support the client and families needs in acute or acute chronic illness through worry and sensibility. Through developing a Helping Relationship I intend to provide education and psychological support giving some contributions in improving health.

Set III – Geriatric that was done in Hospital of Santa Cruz Nephrology Service between 28/09/09 and 20/11/09. Here I tried to develop geriatric competences centred in Help Relation area and in the peers clinical practice learning context, centred on the needs of fragile and dependent elderly as a result of chronic illness and its limitations that might be involved.

During these two sets it was always present in my thinking my personal and professional peers development. An important strategy in effective behaviour changing and also in skills acquisition is learning in duty and that's because skills are dynamic and changeable and can be acquired and improved all along active life.

In this report I used analytical and descriptive methodology and as a strategy I did bibliography research and organized a portfolio. Supporting all this journey was a non stop reflection about practice clinical care. At the end of this journey I think I grew up in a constant and progressive manner in specialized competences achievement requested in the Specialized Nurse Title.

AGRADECIMENTOS

À Professora Pontífice de Sousa por todo o apoio, sabedoria e disponibilidade com que me orientou, sobretudo, naqueles momentos em que as soluções possíveis pareciam difíceis de levar a bom termo.

À Enfermeira Ana Albuquerque, que além do seu incentivo constante, tornou possível a realização das práticas clínicas propostas pelo plano de estudos e a realização deste relatório.

A todos os enfermeiros da prática clínica que me acolheram e orientaram contribuindo com os seus conhecimentos para as minhas aprendizagens, em especial, às Enfermeiras Carvalho e Lobo Oliveira.

À minha família por toda a disponibilidade e paciência, em especial, à Joana e ao Rui pelos momentos “roubados”.

SIGLAS

AVD'S – Actividades da Vida Diária
AIVD - Actividades Instrumentais de Vida Diária
CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CCT – Cirurgia Cardio-torácica
CIPE – Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem
DGS – Direcção Geral da Saúde
DP – Diálise peritoneal
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
HEM – Hospital Egas Moniz
HSFX – Hospital São Francisco Xavier
HD - Hemodiálise
IRC - Insuficiência Renal Crónica
ICN - *Internacional Council of Nursing*
MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional
OMS – Organização Mundial de Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCA – Síndrome Coronário Agudo
SUG – Serviço de Urgência Geral
SO – Sala de Observação
SADNP – Sala de Atendimento a Doentes Não Programados
SAPE – Sistema Apoio à Prática de Enfermagem
TAC - Tomografia Axial Computorizada
UDC – Unidade de Decisão Clínica
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios
UCP – ICS/ESPS – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciência da Saúde/Escola Superior Politécnica de Saúde

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	10
1. DESENVOLVIMENTO.....	16
1.1.MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	18
1.2.MÓDULO III – GERIATRIA	34
2. CONCLUSÃO	52
3. REFERÊNCIAS.....	55
ANEXOS	58
ANEXO I – Comprovativo do Exercício na UCI.....	59
ANEXO II – Síndromes Coronárias Agudas e Boas Práticas de Cuidados	60
ANEXO III- Insuficiência Renal Aguda Versus Insuficiência Renal Crónica no Serviço de Urgência	109
ANEXO IV – Folha de Transferência entre o Serviço de Atendimento a Doentes Não Programados do HSC e o Serviço de Urgência Geral do HSFJ.....	130
ANEXO V – Comprovativo da Implementação da Folha de Transferência no SADNP	132
ANEXO VI – Folheto sobre “Produtos de Apoio” ao Cliente e Família	134
ANEXO VII – Comprovativo da implementação da folha de transferência	136
ANEXO VIII – Trabalho elaborado sobre Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que integra um dossier sobre o mesmo tema.....	138
ANEXO IX – Programa da Acção de Formação “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”	164
ANEXO X - Apresentação da Acção de Formação “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”	167
ANEXO XI – Comprovativo da Formação em Serviço no meu local da prática clínica “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”	182
ANEXO XII – Comprovativo de Presença no Curso “Cuidados Continuados Integrados – Planeamento de Alta de Enfermagem”	184
ANEXO XIII – Comprovativo e programa da “1ª Jornadas de Cuidados Paliativos” ..	186

ANEXO XIV - Comprovativo e programa do “5º Congresso da Associação Portuguesa de Psicogerontologia”	188
ANEXO XV – Comprovativo e programa do “1º Congresso Nacional de Cuidados Continuados”	190
ANEXO XVI – Artigo de relevância intitulado “Prevenção da endocardite infecciosa: as novas orientações da American Heart Association e o Idoso”	192
ANEXO XVII - Artigo de relevância intitulado “Actualização no tratamento da dor crónica no idoso”	193

0. INTRODUÇÃO

A Enfermagem enquanto profissão caminha no sentido de uma abordagem assistencial cada vez mais responsável, humanizada e fundamentada, com o objectivo de prestar cuidados de qualidade, preservando a dignidade e a singularidade da pessoa receptora destes mesmos cuidados. Por isso, o enfermeiro procura a excelência nos seus actos profissionais considerando que a pessoa como "objecto" do seu cuidado tem direito ao mais alto nível de qualidade científica, técnica e humana possível. É necessária a optimização das capacidades inerentes à nossa prática clínica, com flexibilidade e motivação, procurando o ajustamento das respostas a uma intervenção holística e sistemática.

Hoje, qualquer campo profissional exige uma actualização constante dos seus saberes e das formas de enquadramento da sua acção. Aos enfermeiros pelo seu papel social, esta questão coloca-se com particular pertinência. Subjacentes às intervenções de enfermagem devem estar as competências técnicas, relacional e formativa, que se devem traduzir na melhoria da qualidade do atendimento à pessoa, em todas as suas dimensões. Envolve necessariamente o saber (conhecimento), saber fazer (capacidades), saber aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação às mesmas) e saber ser (atitudes e comportamentos). Desta forma, e na opinião de DIAS (2004, p.59) *“a interacção destes saberes com a evolução social, a actualização de conhecimentos e a adaptação às novas exigências das situações de trabalho, podem levar ao desenvolvimento de competências (Saber Transformar).*

O desafio que hoje é colocado aos enfermeiros é o de construir percursos de desenvolvimento profissional onde os títulos de Enfermeiro e de Enfermeiro Especialista, sejam alicerçados numa lógica de reconhecimento de competências, nos quais a experiência profissional, sustentada na prática clínica reflexiva e em momentos formais de aquisição de conhecimentos, constituam garante da qualidade dos cuidados. Podemos, então considerar, que as competências podem ser adquiridas e desenvolvidas em qualquer momento, são dinâmicas e mutáveis durante a vida activa, por influência

da experiência e formação. Foi este o espírito que despoletou em mim a necessidade de evoluir enquanto pessoa e profissional tomando a decisão de realizar este Mestrado de natureza profissionalizante.

O Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados de Enfermagem Especializados ao doente adulto e idoso com doença grave e ao doente em estado crítico de médio e alto risco. As competências a adquirir relacionam-se com as competências específicas da área de especialização, a prática clínica, mas também, com as competências comuns que o enfermeiro especialista tem de desenvolver independentemente da sua área de especialidade. Estas relacionam-se com as competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, supervisão de cuidados, planeamento estratégico, assessoria, formação e investigação (PROPOSTA DE SISTEMA DE INDIVIDUALIZAÇÃO DE ESPECIALIDADES EM ENFERMAGEM, OE, 2007).

A Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica é composta por três módulos: I - Serviço de Urgência (SU), II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), III – Opcional (Geriatría).

O módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos) foi-me creditado considerando os treze anos de experiência na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Santa Cruz, sendo deste modo, reconhecida a importância do saber adquirido através da experiência e que considero já como formação adquirida na medida em que ao longo destes anos a reflexão crítica sobre a minha prática foi uma constante.

A enfermeira de cuidados intensivos tem de ser capaz de prestar cuidados de qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação do cliente. Estou consciente que nesta caminhada contribuí para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente adulto com doença grave e/ou em estado crítico no contexto da cirurgia Cardio-torácica. Por tudo isto, só posso concordar com CARVALHAL (2003, p.9) quando defende que *“o que distingue um profissional experiente de um recém-formado não é tanto a quantidade de*

saber, mas a sua qualidade, a capacidade de relacionar, seleccionar, ajustar, adaptar ao contexto, prever, por em acção a sua flexibilidade cognitiva e fazê-lo com rapidez, espontaneamente e sem esforço”.

Pelo acima exposto considero que, o meu desempenho na UCI forneceu-me proficiências para um “Saber Como” e um “Saber Que” colocando-me no Estadio 5 – Perita, em função do Modelo Dreyfus da Aquisição e Desenvolvimento de Competências adaptado por BENNER (2005) à prática da Enfermagem Clínica. A aquisição de competências, de acordo com esta teórica, requer a utilização de experiências passadas concretas, da intuição e ainda da capacidade de percepção da situação como um todo. É ainda da opinião de que a aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade.

Os módulos realizados foram o Módulo I e o Módulo III. Os locais escolhidos para a aquisição e desenvolvimento de competências de modo a dar resposta ao plano de estudos deste curso foram:

Módulo I - Serviço de Urgência do Hospital de São Francisco Xavier. A opção por este hospital relacionou-se com o facto de desempenhar funções num Serviço de Atendimento a Doentes Não Programados (SADNP) do Hospital de Santa Cruz, que se encontra inserido no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), do qual também, fazem parte o Hospital São Francisco Xavier (HSFX) e o Hospital Egas Moniz (HEM).

No âmbito do meu contexto de trabalho, por vezes, surge a necessidade de encaminhar os nossos clientes para outras especialidades que não existem no hospital para serem observados ou simplesmente para realizarem exames complementares de diagnóstico e terapêutica. Estas transferências acontecem de acordo com as necessidades específicas do cliente para o SUG do HSFX (neurologia, ortopedia, medicina interna e outras) ou para o SU do HEM (oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia e outras). As transferências mais frequentes são para o SUG do HSFX dada a diversidade da sua oferta em termos de especialidades, de exames complementares de

diagnóstico e terapêutica (TAC, ecografias diversas) e do horário de atendimento. Por isso, pareceu-me pertinente conhecer a realidade e os recursos humanos/materiais deste serviço para melhor orientar o cliente e família nos circuitos que irão ter que realizar e para, futuramente, melhor articular-me com os pares. Este serviço tem uma área de abrangência muito grande, por isso, a afluência de clientes é elevada. Articula-se com o HSC, em particular com o meu serviço, para o apoio em situações na área da Nefrologia e com a Unidade de Hemodinâmica/Cirurgia Cardio-torácica para a resolução de situações graves na área Cardio-torácica. Ainda se articula com o HEM para apoio nas áreas da neurologia, neurocirurgia e cirurgia plástica.

A minha prática clínica foi realizada durante o decurso de obras de remodelação do serviço. Tal facto, exigiu de todos os profissionais e de mim, uma constante reorganização, não só em termos do espaço físico, mas sobretudo, nos aspectos logísticos.

A equipa de enfermagem era constituída por uma Enfermeira Chefe, quatro enfermeiras coordenadoras e cinco equipas de enfermagem compostas por cerca de quinze enfermeiros cada, que eram escalados nas diversas valências pelo chefe de equipa, de acordo com a experiência profissional e as necessidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências de cada um.

Módulo III, opcional - Geriatria, Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz. A opção por este módulo e serviço, mais uma vez, prende-se com as minhas necessidades em prestar cuidados com qualidade, no âmbito do meu desempenho neste hospital e com o desejo em adquirir e desenvolver competências na área da Geriatria, considerando as necessidades cada vez maiores da nossa população em cuidados de saúde, dado o seu envelhecimento acentuado. A reforçar a realidade por mim constatada está o PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS (2004), quando afirma que a procura de cuidados de saúde, por pessoas com 65 e mais anos, principalmente acima dos 85 anos, sofreu um acréscimo.

Diariamente confronto-me com grande afluência de pessoas idosas portadoras de doenças crónicas (cardiovasculares ou renais), que por agudização da sua doença crónica ou por complicações a elas associadas necessitam de cuidados e frequentemente de ser internadas. O Serviço de Nefrologia é o que mais recebe doentes transferidos do meu serviço. Os problemas de saúde dos idosos são sobretudo crónicos. GABETE (2005), no seu estudo, é de opinião que a maioria das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma doença crónica, sendo frequente que tenha duas ou mais. Por tudo isto, a prática clínica neste serviço pareceu-me de extrema pertinência. Estou certa que esta experiência de aprendizagem trouxe-me conhecimentos que posso e devo transportar para a minha realidade.

O serviço de Nefrologia era constituído por duas enfermarias, uma unidade de cuidados intermédios e uma unidade de hemodiálise. A equipa de enfermagem era constituída por trinta enfermeiros, uma Enfermeira Chefe (única enfermeira especialista), quatro enfermeiras coordenadoras, cinco equipas de enfermeiros com cinco elementos cada.

Os estágios realizados ancoraram-se no projecto de estágio elaborado inicialmente, onde se identificaram as competências técnicas, científicas e relacionais a adquirir e desenvolver, quer as comuns quer as específicas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no seu artigo 4º, no nº 3.

Toda a prática clínica foi desenvolvida sempre com a finalidade de proporcionar ao cliente e família o melhor estado de conforto e bem-estar. Para tal, pareceu-me pertinente atender a alguns conceitos emanados de algumas Teorias de Enfermagem, em particular, nos provenientes da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Com a elaboração deste relatório, pretendo dar a conhecer a experiência vivenciada através de uma descrição e análise das actividades desenvolvidas nos locais da prática clínica face aos objectivos delineados no projecto de estágio, reflectindo simultaneamente de forma crítica e construtiva sobre o meu desempenho.

De forma a manter uma linha de continuidade e coesão, este relatório foi elaborado com recurso à metodologia descritiva e analítica e está organizado em três partes. Após a introdução, onde realizo o enquadramento teórico do curso, referenciando os objectivos do relatório e justificados sumariamente os módulos realizados assim como os locais de estágio escolhidos, seguir-se-á a descrição das actividades desenvolvidas em cada módulo e a respectiva fundamentação. Na terceira parte serão apresentadas as reflexões finais, expressas as dificuldades e as limitações surgidas, efectuadas algumas considerações e implicações finais e realizadas algumas sugestões de melhoria.

Finaliza-se com a indicação das referências e anexam-se os trabalhos mais significativos elaborados durante este período.

Espero que este relatório, através dos objectivos definidos e das acções conducentes à concretização dos mesmos, demonstre a minha caminhada no mundo do conhecimento e da prática clínica, em que, procurei aliar os meus conhecimentos técnicos e científicos à minha sensibilidade na forma de olhar o *Outro* enquanto pessoa, que exige respeito profundo, escutando não só as suas palavras mas também as suas emoções.

1. DESENVOLVIMENTO

A enfermagem como disciplina e profissão de saúde, tem procurado responder aos desafios colocados por uma sociedade em mudança, desenvolvendo um corpo de conhecimentos próprio e proporcionando aos seus profissionais a formação que os habilitem a fornecer respostas adequadas e atempadas às novas solicitações. Exige-se assim aos enfermeiros, maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão, exigências estas que, aliás, estão consignadas no estatuto e regulamento do exercício profissional (JESUS, 2006).

De modo a dar resposta ao proposto no Regulamento Geral, da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciência da Saúde/Escola Superior Politécnica de Saúde, através da implementação do Processo de Bolonha, procurei adquirir conhecimentos e desenvolver competências integrando e valorizando as aprendizagens feitas ao longo da vida profissional e pessoal. Aquelas surgem associadas ao comportamento e são observáveis nos diferentes contextos da vida, independentemente de onde foram adquiridas. Estou plenamente de acordo com MENDONÇA (2009, p.61) quando afirma que para *“agir de forma competente não basta possuir capacidades, motivações, valores ou incentivos aleatoriamente; é necessário integrá-los e articulá-los de forma dinâmica e eficaz, mediante as problemáticas e os contextos”*.

No âmbito das várias Teorias de Enfermagem, têm surgido diferentes perspectivas sobre o Conforto, nomeadamente na concepção de Watson, de Leininger, de Morse e de Kolcaba. Quer a Teoria dos Cuidados Transculturais (Leiniger), quer a Teoria Humana do Cuidar (Watson) abordam a essência do que é a enfermagem e incorporam a noção de conforto.

Considerando que este deve ser transversal a todas as intervenções de enfermagem, toda a minha prática clínica ancorou-se nas diferentes estratégias *possíveis* de serem implementadas nos serviços onde estive. Nestes, procurei dar visibilidade aos

conceitos defendidos por Katharina Kolcaba (1991) que após a sua especialização em Gerontologia, fez uma análise conceptual desenvolvendo um diagrama dos aspectos do conforto. Em 1992 tornou-o funcional enquanto resultado das intervenções de enfermagem, em 1994 contextualizou-o numa Teoria (de Médio Alcance) e em 1999 testou a sua Teoria num estudo de intervenção *on-line* (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). A conceptualização e operacionalização da sua Teoria, aconteceu através da criação de uma estrutura taxonómica que permitiu a operacionalização dos resultados das intervenções dos enfermeiros. Na sua Teoria (Kolcaba, 1997) considera que o conforto é um resultado holístico, no qual estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos *estados* de alívio (*relief*), tranquilidade (*ease*) e transcendência (que inicialmente identificou como estado de renovação - *renewal*, redefinindo posteriormente para transcendência). Estes estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: físico (sensações corporais); sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais, a que adicionou posteriormente, a noção de cultura que se refere à história familiar, às tradições, à linguagem, ao vestuário e aos costumes); psicoespíritual (auto-estima e auto conceito, sexualidade e sentido da vida); ambiental (estruturas envolventes, onde se pode incluir a paisagem que se tem da janela do quarto, a luz, o barulho, os equipamentos, a cor, a temperatura e ainda os elementos naturais ou artificiais do meio). Considera ainda, que o Conforto é multidimensional, positivo, holístico, teoricamente definível e operacionalizável, podendo assumir significados diferentes para pessoas diferentes. Quando o doente atinge o Conforto, sente-se mais fortalecido e mais empenhado em ter comportamentos de saúde (KOLCABA 2003).

Não querendo ser exaustiva, baseada no meu projecto de estágio, passo a descrever os objectivos, as actividades realizadas, assim como os comportamentos e as competências adquiridas. Realço que este percurso se sustentou na pesquisa bibliográfica, tendo sido compilados num portfólio reflexivo as aprendizagens, os desempenhos, os sentimentos, as dificuldades vividas e as soluções por mim encontradas. A reflexão *na* e *sobre* a prática foram fundamentais no processo de crescimento ocorrido ao longo deste percurso.

Optei por organizar esta parte do relatório por ordem cronológica em que foram realizadas as práticas clínicas, abordando as competências adquiridas e desenvolvidas

em cada módulo e que se reflectiram nos desempenhos e aprendizagens do módulo seguinte.

1.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Este módulo realizou-se no Serviço de Urgência (SUG) do Hospital de São Francisco Xavier, no período de 20/04/09 a 20/06/09. Dada a polivalência do SUG, considero-o um local apropriado para a aquisição e complemento de conhecimentos em áreas da prática de cuidados de enfermagem diferentes (mas complementares) do meu contexto habitual de trabalho.

Durante o meu ensino clínico estavam a *decorrer as obras de remodelação*, o que implicou trabalhar em *condições precárias* e num espaço mais reduzido. O serviço era constituído pelas seguintes valências:

⇒ **Triagem** - Com três postos de atendimento, é feita segundo o Sistema de Triagem de Manchester (1997; sistema adoptado pelo Grupo Português de Triagem em 2001), que permite identificar não só a prioridade clínica do doente (determinada em função da avaliação de sintomas em detrimento da ordem de inscrição), como também determina o tempo de espera recomendado até à sua observação pelo médico. O enfermeiro especialista é essencial no momento da admissão do doente ao meio hospitalar, pela formação diferenciada que possui nas áreas relacionais e técnico-científica.

⇒ **Balcão de Atendimento Geral** – Com dois gabinetes médicos e um de enfermagem, é aqui que se prestam cuidados aos doentes classificados como pouco urgentes (pulseira azul ou verde), estando mais vocacionado para o alívio e tratamento da dor aguda. Os turnos que fiz nesta valência permitiram constatar uma realidade há muito conhecida por todos os profissionais, que é o facto, dos serviços de saúde não estarem adaptados às actuais necessidades da nossa população, cada vez mais está envelhecida e necessitada de cuidados de continuidade. A resolução desta realidade poderia evitar desperdícios de recursos humanos e comunitários. A reforçar o que foi dito, posso referir a situação de um idoso com neoplasia prostática, já com invasão óssea, mal avaliado na sua dor pelo médico assistente e que durante o período da prática clínica prestei-lhe cuidados por duas vezes, o motivo de ida ao SUG foi sempre dores intensas. Perante esta situação,

falei com o médico da urgência no sentido de encaminharmos este idoso para a Consulta da Dor.

⇒ **Balcão** – Os doentes são classificados com senha verde, amarela ou laranja, sendo atendidos independentemente do género. Em função da gravidade da sua situação podem adoptar-se uma das seguintes opções: fazem exames e/ou terapêutica aguardando os resultados dos mesmos, posteriormente são medicados e têm alta para o domicílio; são medicados, necessitando contudo duma vigilância mais rigorosa, então, são encaminhados para a Unidade de Decisão Clínica.

⇒ **Unidade de Decisão Clínica (UDC)** – Destina-se a acolher doentes cuja decisão de alta ou internamento está sujeita a demoras devido à realização ou processamento de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, de avaliação pelas especialidades ou de tratamentos de curta duração. Durante a minha prática clínica no SUG as condições de trabalho não eram as adequadas para uma prestação de cuidados com qualidade. Este contexto da prática clínica em que os pares se encontravam, induziram-me numa reflexão acerca das condições para o exercício profissional e a sua relação com segurança do doente. O *International Council of Nursing* (ICN) considera que a segurança é fundamental para a qualidade na saúde e nos cuidados de Enfermagem. O direito à protecção da saúde encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa e assenta num conjunto de valores fundamentais como a Dignidade Humana, a Equidade, a Ética e a Solidariedade. Estes princípios, também, podem ser encontrados em vários documentos como o Código Deontológico dos Enfermeiros e a Carta dos Direitos dos Doentes, onde o respeito pela dignidade humana “*abrange ainda as condições das instalações e dos equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra*”. Perante a situação que se vivenciava na UDC, parecia-me claro que, existia uma violação deste direito, dado que não era proporcionado um mínimo de conforto (nas suas diferentes dimensões) nem a *possibilidade* de privacidade. No nº 3, da referida carta, está também definido o direito a receber os cuidados apropriados ao estado de saúde, o que implica ver respeitado o princípio da não discriminação, em que “*os recursos existentes são integralmente postos ao serviço do doente e da comunidade, até*

ao limite das disponibilidades”. Desta forma o dever de cuidado do enfermeiro fundamenta-se no direito ao cuidado dos cidadãos (DEODATO, 2008). Todavia cabe, às instituições de saúde “*o dever de proporcionarem as condições imprescindíveis à consecução dos cuidados, bem como a promoção de medidas de segurança de todos os profissionais que emprega*” na perspectiva de SILVA (2008). Parece-me que a reestruturação do SUG pelo CHLO, tem como objectivo a sua reorganização de forma a acompanhar a evolução da medicina de urgência, melhorando dessa forma a qualidade de cuidados prestados.

Na situação descrita, as competências do enfermeiro em termos de seu saber-ser (no sentido do desenvolvimento de capacidades de agir e reagir adequadamente perante situações novas, incertas e imprevistas) e saber-aprender podem trazer mais-valias, no entanto, é fundamental a colaboração de toda a equipa interdisciplinar. No entanto uma dúvida ficou, será que a UDC não poderia funcionar noutra espaço contínuo ao SUG, tal como o SO?

⇒ **Balcão de Trauma/Ortopedia** – A funcionarem de acordo com o novo plano, em espaços contínuos e sempre com muita afluência. Pareceu-me que este balcão carecia de outras dimensões e condições dada a afluência de doentes.

⇒ **Sala de Pequena Cirurgia** – São feitas pequenas cirurgias, pensos não infectados pela cirurgia geral ou plástica. Penso que esta sala carece de reestruturação naquilo a que se refere à organização do material existente e aos protocolos que segue. Agora que faço uma reflexão sistematizada, considero que poderia ter tido aqui um papel mais pro-activo ao propor a actualização de algumas listas de material (que são conferidas por turno e pelo enfermeiro responsável da sala e de protocolos de actuação).

⇒ **Sala de Abscessos** – Atendem-se doentes com problemas cirúrgicos infectados. Este espaço também tem funcionado como sala de isolamento.

⇒ **Gabinete de Psiquiatria** – Funciona com psiquiatras que estão de chamada no Serviço de Psiquiatria da Ajuda.

⇒ **Sala de Reanimação** - Presta cuidados aos doentes classificados com senha vermelha, laranja ou outra cor que tenham sofrido agravamento do seu estado clínico. Tem uma capacidade para quatro doentes, duas unidades com ventilador, existindo ainda outro ventilador portátil, se necessário. Foi aqui que fiz a maior parte dos turnos, depois de ter passado pelas outras valências do SUG.

⇒ **Serviço de Observação** – Localizava-se no 1º andar, em salas cedidas pelo Serviço de Medicina.

O SUG é constituído por uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, administrativos, assistentes operacionais, assistente social, empregadas de limpeza e de distribuição alimentar. A equipa de enfermagem é constituída por 90 elementos, 5 em horário fixo, 2 enfermeiras especialistas com horário de manhãs e tardes (35h) e 84 em horário rotativo, distribuídos por 5 equipas. A gestão e coordenação da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais do SUG, são da responsabilidade da Enf.^a Chefe L.A. em conjunto com os elementos da coordenação (4) e os chefes de equipa. A estes compete a função de organizar e distribuir os enfermeiros pelos postos de trabalho, coordenar horário de refeições, servir de elo de comunicação entre as diferentes especialidades médicas/cirúrgicas e garantir uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade.

Pude constatar que cada valência tem uma dinâmica muito própria, pelo que o método de trabalho pode variar de acordo com a complexidade e afluência. No SO recorre-se ao método individual onde cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados a prestar a um determinado número de doentes, nas outras valências, recorre-se aos métodos funcional e de equipa. O recurso a estas metodologias prende-se, com a dificuldade em prever a afluência de cada valência e ainda com a necessidade, muito frequente, de proceder-se a reajustes na distribuição dos elementos da equipa, face aos transportes inter-hospitalares de doentes críticos que é necessário fazer.

Para este estágio tracei dois objectivos. O primeiro direccionado para a prestação de cuidados, uma vez que, é este o grande domínio de actuação de Enfermeiro

Especialista segundo a PROPOSTA DE SISTEMA DE INDIVIDUALIZAÇÃO DE ESPECIALIDADES EM ENFERMAGEM (OE, 2007, p.13) “a prática clínica é a actividade nuclear do enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem”. O outro diz respeito ao desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro.

Assim pretendi:

Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e família em estado crítico de médio e alto risco no Serviço de Urgência, com intervenções que contribuam para o estado de Conforto nos diferentes contextos, desenvolvendo competências técnicas, científicas e relacionais.

As intervenções de enfermagem planeadas decorrem de decisões de natureza técnica, científica e ética e dependem dos problemas evidenciados pelos clientes. Aos múltiplos factores que influenciam os diversos estados de saúde/doença dos mesmos, a Enfermagem deve procurar responder com cuidados suportados em conhecimentos aprofundados, isto só é possível com o nível de especialização. É desta forma que as especialidades em enfermagem devem resultar das reais necessidades de cuidados.

A Enfermagem é uma profissão que se fundamenta na relação com o *Outro* (cliente/família) e desenvolve competências de Relação de Ajuda, Empatia e Comunicação, essenciais à eficácia e à eficiência dos cuidados prestados. A relação de parceria que se estabelece entre o enfermeiro e os seus clientes, embora, seja uma relação profissional, é também ela, uma relação humana. Por isso, SOUSA afirma que (2008, p.9) “o enfermeiro, profissional do cuidado humano, assume um papel crucial no respeito, na defesa e na promoção dos direitos das pessoas de quem cuida”. Nesta assunção e fundamentada na observação da dinâmica de intervenção clínica da equipa de enfermagem do SUG, emergiu a necessidade de abordar e aprofundar a área da Relação de Ajuda e da Comunicação com o cliente e família sensibilizando, ainda que, informalmente os elementos do serviço.

Face às características particulares de SUG, a integração adequada do enfermeiro na equipa multidisciplinar deve constituir a base para conseguir desenvolver as

competências, atitudes e habilidades necessárias para cuidar com qualidade dos doentes, que a ele ocorrem. Por isso, foi importante conhecer o serviço e passar pelas suas diferentes valências, percebendo o tipo de trabalho desenvolvido em cada uma delas, o circuito que o doente percorre desde a sua admissão na triagem até ter alta ou ser transferido para outro serviço do hospital/CHLO. O conhecimento dos modos de intervenção e organização do serviço através da consulta das normas e dos protocolos existentes no SU e das conversas informais com a enfermeira orientadora e restantes pares, contribuíram para a minha integração na equipa de enfermagem.

Os enfermeiros são o grupo profissional na área da saúde que mais informação clínica produz, e por isso, o grupo que mais decisões toma e mais actos pratica, o que se deve à natureza e especificidade das suas funções (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005). Na política actual de prestação de cuidados, é considerado fundamental a utilização de uma linguagem comum que traduza de forma clara e objectiva os cuidados prestados, dando simultaneamente visibilidade às intervenções autónomas ou interdependentes desenvolvidas pelas equipas de enfermagem. A criação de um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) torna visível o invisível dos cuidados prestados. Estes sistemas *“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”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007, p.1). No SUG, encontrava-se em fase inicial a implementação do sistema informático HCIS. O processo do doente existia todo ele em suporte informático, passando só para papel em situações de transferência para o SO ou outro serviço do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Inicialmente devo confessar que tive alguma dificuldade em utilizar a plataforma informática, no entanto, com a ajuda da enfermeira orientadora e restantes colegas consegui ultrapassar esta dificuldade.

Neste meu contacto com o sistema, não posso deixar de reflectir na quantidade de informação em suporte informático, acessível a diversos profissionais, o que pode pôr em risco a privacidade e confidencialidade dos dados do doente previstos na Carta dos Direitos do Doente, no nº9, no Código Deontológico dos Enfermeiros no artigo 85º e outros documentos.

Depois de passar pela triagem (onde o enfermeiro desempenha um importante papel na correcta identificação dos problemas do doente, 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 “*co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento*”), pelo atendimento geral, balcão geral, balcão de trauma/ortopedia e pequena cirurgia foi na reanimação que realizei grande parte dos turnos, onde na maioria das situações, se realiza a primeira abordagem ao doente crítico. Considero, que é aqui que a nossa intervenção tem que ser, a par da equipa multidisciplinar, rápida e efectiva, garantindo em qualquer circunstância a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Nas diversas situações que vivenciei, destaco uma, que é demonstrativa de como as nossas intervenções (autónomas e interdependentes) e tomadas de decisão face ao doente crítico têm de ser rápidas. Em colaboração com a equipa, prestei cuidados a um cliente do sexo masculino, 56 anos, obeso, *score* 15, que deu entrada directamente para a sala de reanimação, com grande desconforto e dor torácica intensa. A monitorização revelou traçado cardíaco com elevação persistente do segmento ST, que o electrocardiograma obtido rapidamente confirmou. Tratava-se de um Síndrome Coronário Agudo (SCA). Procedeu-se concomitantemente à administração de oxigénio, de nitratos e morfina, para controlo da dor e redução das necessidades de oxigénio do músculo cardíaco. No doente crítico coronário, a avaliação e o tratamento da dor são essenciais. Nestas situações a probabilidade de o cliente desenvolver um Enfarte Agudo do Miocárdio é muito grande. Por isso o primeiro objectivo terapêutico nesta situação é proceder à reperfusão imediata, completa e mantida do miocárdio em sofrimento isquémico (a reperfusão leva à abertura imediata da artéria coronária relacionada com o enfarte). A revascularização pode ser feita através de terapêutica fibrinolítica ou através da angioplastia primária. A equipa médica optou, após contacto com a Unidade de Hemodinâmica do HSC, pela revascularização invasiva dada a disponibilidade desta unidade, com coadjuvantes do clopidogrel e da aspirina (antiagregantes plaquetários) administrados imediatamente por via oral. O transporte para o HSC aconteceu muito rapidamente e sem intercorrências. Este foi um dos transportes inter-hospitalares que

tive oportunidade de efectuar mas sem participação no seu planeamento. Mais tarde, contactei as colegas do laboratório de hemodinâmica e soube que este cliente tinha feito angioplastia primária da coronária direita com implantação de *stent* coberto.

A pessoa com doença aguda grave experiência sentimentos de ameaça, perda, insatisfação das suas necessidades básicas, que podem conduzi-la a situações de desconforto e sofrimento. Na situação descrita, os conhecimentos e competências técnico-científicos foram de extrema importância. No entanto, a relação de ajuda que se estabeleceu com o cliente contribuiu para o seu conforto nos contextos Psico-espiritual, Social e Ambiental. A nossa intervenção cuidativa deve ter o foco não só no alívio físico, mas ir mais além, pois a experiência de Conforto, também, surge da relação estabelecida entre quem cuida e quem é cuidado!

Durante o período de ensino clínico, verifiquei que as patologias do foro respiratório são as que mais frequentemente obrigam os clientes a recorrer ao SU, (infecções respiratórias e situações inflamatórias e obstrutivas), sendo a maioria agudização de situações crónicas. Estes clientes apresentam-se habitualmente muito ansiosos, têm uma estadia no SU de curta duração (o suficiente para estabilização da sua condição clínica). Quando acorrem ao SU encontram-se perante uma situação percebida como ameaçadora pelo que a angústia, o medo e consequentemente o stress é dominante. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2006) a Asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) são doenças crónicas com incidência e prevalência crescentes, causa de frequentes internamentos hospitalares e absentismo laboral e/ou escolar significativos. Estes factos repercutem elevados custos e condicionam a actividade normal dos doentes bem como o seu bem-estar e qualidade de vida. Acresce que, segundo a Organização Mundial de Saúde, entre 20 e 80% dos utentes crónicos têm uma fraca adesão à terapêutica instituída, o que realça a importância do desenvolvimento de estratégias educativas para a melhoria da adesão terapêutica, cujo impacto se traduza na melhoria da eficácia dos cuidados de saúde prestados e na redução dos seus custos.

A família pode contribuir para a saúde dos seus elementos através da transmissão de atitudes, crenças, hábitos e cuidados aos seus doentes (HANSON, 2005). É neste contexto, que a educação do cliente e família para a correcta utilização dos dispositivos

de inalação e o controlo da exposição de substâncias desencadeantes das crises contribui de forma decisiva para o sucesso da terapêutica e para uma melhoria da qualidade de vida do mesmo. Torna-se, por isso, fundamental que na prestação de cuidados a estes clientes, o ensino direccionado para o autocuidado seja peça fundamental, de modo a desenvolver, no próprio e na família, competências que permitam controlar a doença. Durante a gestão dos cuidados a estes doentes promovi o ensino para o auto cuidado, abordando não apenas aspectos relacionados com a sintomatologia e a terapêutica, mas também, os aspectos relacionados com o exercício físico, a alimentação e outros.

Com esta intervenção perante o cliente e família portador de DPOC, procurei proporcionar diferentes formas de Conforto no que se refere ao alívio físico (permitindo que a pessoa possa restabelecer o seu funcionamento habitual), à tranquilidade (ao proporcionar calma estou a facilitar um desempenho mais eficiente) e à transcendência (quando reforço o ensino estou a contribuir para que o cliente e família tomem consciência de que têm competências e potencial para resolver a sua situação) procurando abranger diferentes contextos (físico, psico-espiritual, ambiental e social).

Num SUG onde tudo acontece rapidamente, com grande rotatividade de doentes pode parecer difícil o estabelecimento de uma verdadeira Relação de Ajuda. No entanto, o recurso a atitudes e habilidades relacionais podem contribuir para um cuidar holístico e intenso. Acima de tudo, a utilização de uma linguagem simples é essencial na comunicação com o cliente e família. Os principais alvos na relação de ajuda às famílias são o suporte psicológico e a educação.

Ao utilizar a comunicação como instrumento de suporte nas suas intervenções a enfermeira aproxima-se da pessoa vulnerável, permitindo-lhe conversar, escutar, tranquilizar, esclarecer dúvidas e criar sentimentos de segurança e esperança (FREITAS, 2009). Não nos podemos esquecer de partilhar emoções e sentimentos, pois a satisfação das necessidades físicas é tão importante como a satisfação das necessidades psicológicas, espirituais e sociais. Em todas as minhas intervenções procurei recorrer a técnicas de comunicação como a escuta activa, o toque terapêutico e a comunicação nas suas diferentes vertentes, como forma de poder “*estar com*”. E toda esta possibilidade de “*estar com*” é tanto mais importante quando o outro, pela doença,

pelo sofrimento, pelo desamparo e pela mudança de vida e de circunstâncias que um internamento lhe pode provocar, vive uma situação de angústia, de fragilidade, de solidão. A relação com o cliente passa por um tocar com solicitude. Tocar de quem se cuida e trata, constitui um dos mais importantes meios de comunicação, de estar presente (BISCAIA, 2004).

Posso relatar uma situação que aconteceu quando estava em balcão e que reflecte a minha preocupação com o Outro na relação. Tive oportunidade de prestar cuidados a uma doente idosa de 92 anos que recorreu ao SUG transportada pela irmã, cuidadora informal de 70 anos, por agravamento do quadro de lombalgia à direita e astenia. Ao conversar com a cuidadora informal pude perceber que esta se encontrava numa situação de exaustão física e psicológica, a necessitar urgentemente de fazer uma pausa na sua tarefa de cuidadora. Várias vezes mencionou seu cansaço, a falta de colaboração da irmã e a recusa desta em aceitar ajuda de outras pessoas da rede informal.

A relação da família, enquanto cuidadora, com o doente, com a doença e com a equipa de saúde é influenciada por diversos factores, nomeadamente, a sua flexibilidade, coesão, estrutura, experiência prévia com a doença, recursos e capacidade para lidar com dificuldades e resolver problemas (HANSON, 2005). A qualidade da relação que se estabelece entre cuidador e cuidado irá depender dos sentimentos e motivações que a movem. Assim, quando existe uma relação afectiva prévia, o cuidador sente as necessidades do familiar doente e quer ajudar a melhorar o seu bem-estar, pareceu-me ser este o caso presente.

A evidência demonstra-nos que o risco de sobrecarga para o cuidador é grande quando são necessários cuidados de longa duração, como a situação supracitada. Num estudo realizado por O'Brien (1993) citado por MARGATO e OLIVEIRA (2009) constatou-se *“que a maioria dos cuidadores experienciam níveis moderados de stress resultantes do cuidar e que recorrem maioritariamente a estratégias de coping focadas no problema do que na emoção”*. A maior ou menor sobrecarga do cuidador informal resulta do equilíbrio encontrado entre tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis. Para ela concorrem os factores clínicos do cliente, os relacionais e os socioculturais (MONIS *et al* 2005).

Perante esta situação familiar e ao perceber que o nível de *stress* da idosa cuidadora era muito elevado, vivenciei um sentimento de impotência face à incapacidade em poder ajudar de forma efectiva. No entanto, senti que os momentos em que estive *Com* esta Sra. foram importantes para ela, pois permitiram-lhe expressar espontaneamente os seus sentimentos e emoções relativos à sua irmã e a toda a situação familiar. Esta conversa com a idosa cuidadora surge com o objectivo de ajudá-la a descobrir outras possibilidades, de perceber, aceitar e fazer frente à sua situação, considerando que o sucesso dos cuidados informais passa pelos apoios que o cuidador recebe da rede formal ou informal. Estes apoios vão contribuir para a melhoria da qualidade de vida não só da pessoa cuidada mas também do próprio cuidador. É também com o objectivo de apoiar o cliente e o seu cuidador, que o governo através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho – Criou as Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados numa interligação das redes nacionais de Saúde e Segurança Social. Estas unidades, em particular, as de *Longa Duração e Manutenção* prevêm o internamento por um período até 90 dias por ano, para situações temporárias em que a família tem dificuldade em assegurar os cuidados ou quando o cuidador principal precisa de descansar.

Enquanto foco de atenção dos cuidados de enfermagem a Família pode ser encarada como contexto do desenvolvimento individual, em que o indivíduo é colocado em primeiro plano, como cliente em que ela própria é o alvo dos cuidados ou como um sistema interactivo, em que, o todo é mais do que a soma das suas partes, ou seja, são as interacções entre os familiares que constituem o alvo das intervenções da enfermagem (HANSON, 2005). A abordagem da família como sistema implica que quando uma parte do sistema sofre alterações, as outras partes também são afectadas. Por isso, *os problemas de saúde influenciam as percepções e os comportamentos da família, da mesma forma que as percepções e os comportamentos desta influenciam a saúde*” defende HANSON (2005,p.18).

Na Relação de Ajuda o diagnóstico de enfermagem deve centrar-se na capacidade da família lidar com a sua situação actual, valorizando a leitura que faz dos sintomas individuais da doença e a sua permeabilidade à intervenção. Ao propor alternativas a esta cuidadora estou por um lado, a dar seguimento ao proposto no REPE, Artigo 5º, alínea 4.d) pois na Relação de Ajuda é função do enfermeiro: “*Encaminhar, orientando*

para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro” e por outro, a contribuir para o fortalecimento do funcionamento do sistema familiar (interacção idosa cuidadora e idosa cuidada). Todas estas intervenções pretenderam proporcionar diferentes Conforto nos diferentes contextos, como defende Kolcaba.

Pude constatar que neste serviço a sensibilização para os cuidados ao cliente e família centrados na Relação de Ajuda estão muito distantes do desejado. Talvez pelo excesso de trabalho, pela rotinização de situações dramáticas exista algum distanciamento da visão global do cliente e do papel de advogado de defesa do mesmo, que deveria ser assumido pelo enfermeiro. Abordei esta problemática informalmente com alguns colegas e obtive respostas do tipo *“nesta confusão quem se preocupa com isso...”*. O contacto do cliente com a família é pouco frequente, as informações sobre e ao doente tardam em chegar e às vezes, de forma pouco criteriosa.

Cuidar de doentes em fase aguda exige do enfermeiro o desenvolvimento de competências na área da comunicação com a família, em que o equilíbrio da informação a dar, a forma como ela é transmitida e a linguagem utilizada tornam-se fundamentais (HANSON, 2005). Estou plenamente de acordo com esta autora quando defende que os enfermeiros da especialidade médico-cirúrgica devem avaliar o impacto da hospitalização nas famílias e prestar cuidados de acordo com essa avaliação. Assim, na prestação de cuidados procurei com a minha actuação fornecer toda a informação possível e pertinente sobre a situação clínica do doente, a sequência de cuidados, perspectivas de evolução da situação clínica e normas da instituição cumprindo desta forma o dever de informar, como consta no artigo 84º, alíneas a) e c) DO CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS.

Penso que as minhas intervenções reforçaram aquilo que, Leske (1992) *apud* HANSON (2005) defende, as necessidades que as famílias têm durante a doença aguda ou de alto risco passam pelas necessidades de garantia, proximidade, informação, conforto e apoio. A obtenção de informação sobre o doente é considerada como a mais importante pelas famílias.

Relativamente aos pares, preocupei-me com a sua sensibilização para esta temática, abordando através de um discurso fundamentado e informal a importância de mudanças de atitudes e comportamentos no alcance de ganhos em saúde, durante todo o estágio. No entanto, devo acrescentar que, encontrei dificuldades e alguma resistência em aceitar estes conceitos por grande parte da equipa de enfermagem. Frequentemente ouvi comentários de colegas e de assistentes operacionais “menos simpáticos”, quanto procurava implementar pequenas mudanças na forma de estar com o doente e família, como por exemplo “*neste serviço não se faz dessa forma*” ou “*isso agora é assim?*”. Estas pequenas mudanças, passaram pelo acolhimento da família, pela estimulação da presença da visita junto do cliente (sempre que as condições do serviço o permitissem), pela garantia de contacto telefónico com a família em caso de transferência de serviço ou hospital.

Em toda a prática clínica procurei desenvolver competências relacionais e de comunicação não só com o cliente e a família, mas também, com a restante equipa, por isso, frequentemente, antes de agir tinha que me lembrar que estava naquele serviço na condição de aluna!

Sinto que o facto de ter utilizado diferentes técnicas comunicacionais com o cliente e família na relação de ajuda, nunca desvalorizando as suas crenças e valores, foram fundamentais no meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

A abordagem de um doente crítico no SUG é precursora de *stress*, devendo as decisões serem tomadas de forma sistematizada, rapidamente e com sequencialidade. Nesse sentido “*a autonomia tem de reflectir-se em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à nossa capacidade, à nossa obrigação profissional e ao compromisso – e mandato social - que assumimos*” (NUNES, 2006, p.11). Temos de a saber gerir! Por isso, considera ainda no mesmo documento, que a autonomia e a responsabilidade constituem elementos fundantes da centralidade dos cuidados, independentemente da área da nossa actuação. Frequentemente a necessidade de actuação rápida conduz a que se actue simplesmente com técnicas especializadas (entubações, cateterizações, massagem cardíaca), seguindo cada vez mais, o preconizado em situações de emergência - as *Guidelines* ou algoritmos de decisão. De

facto, o conhecimento seguro, fundamentado das técnicas torna-se importante num Serviço de Urgência, mas não é tudo! Quero com isto dizer, que embora conheça e domine um conjunto vasto de técnicas no contexto do doente crítico em Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardio-torácica, que podem ser mobilizadas para o contexto do Serviço de Urgência, constatei que inicialmente, tive algumas dificuldades no âmbito da aplicação de algumas delas, por motivos relacionados com a capacidade de tomada de decisão em tempo útil.

As necessidades de cuidados de enfermagem são diversas e implicam conhecimentos aprofundados numa perspectiva multidimensional técnica, científica e moral, pelo que, nas actividades desenvolvidas demonstrei um nível aprofundado de conhecimentos na área da médico-cirúrgica, bem como desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente. Considero ter demonstrado capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, que fui desenvolvendo no decorrer da prática clínica e trabalhando de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Relativamente ao Modelo supracitado, coloco-me no estágio 1 – Iniciada. BENNER (2005) considera que uma enfermeira com elevados níveis de competência, numa área da prática, denomina-se Perita (tem um domínio intuitivo da situação, sendo capaz de identificar o cerne do problema, sem deixar de considerar outros diagnósticos e soluções alternativas) contudo, quando colocada numa área ou situação desconhecida pode ser classificada como Iniciada/Principiante. A aquisição de competências segundo este modelo depende da situação, ou seja, depende do contexto onde as mesmas serão adquiridas.

Perante a diversidade de situações complexas e de modo a responder adequadamente ao que o Código Deontológico dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril) preconiza, no seu artigo 76º, no nº 1, senti necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos e competências nas vertentes técnica, científica, ético-legal e relacional. Assim, como estratégia, recorri à pesquisa bibliográfica, dando especial atenção a informações baseadas em evidências científicas e actualizadas, demonstrando assim, compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência. A aliança entre a teoria e a prática está documentada por WATSON (2005,

p.63), quando afirma que *“a teoria e a prática vivem juntas, cada uma documenta a outra”*. Também BENNER (2005) considera que a teoria deriva da prática e esta é alterada ou alargada pela primeira.

É através do processo reflexivo sobre *a* e *na* prática, que procuramos o sentido dos actos em que essa prática é exercida e nos conduz à aprendizagem e à aquisição de competências. Não é a prática que nos ensina, mas sim, a reflexão que fazemos sobre ela. Pensar representa um recurso, provavelmente, o maior pois é um exercício de reflexão e de tomada de consciência das situações, factor determinante ao processo de aprendizagem.

As várias reflexões efectuadas, os conhecimentos adquiridos através da pesquisa e mobilizados na prática, foram extremamente ricos, permitindo uma correcta identificação das necessidades de cuidados dos clientes.

O outro objectivo que delinee e que considero de primordial importância na aquisição e desenvolvimento de novas competências é a formação pessoal e profissional, na medida em que, é através dela que se constrói a identidade profissional e se promove a excelência dos cuidados. Por isso procurei:

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados através da promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do Serviço de Urgência.

De modo a estarmos preparados para enfrentar os desafios que nos vão surgindo é essencial estarmos dispostos a mudar de atitudes e comportamentos. Para tal, a Formação reveste-se de primordial importância pois poderá dar importantes contributos para a aprendizagem e desenvolvimento dos enfermeiros, tornando-os numa equipa coesa e com conhecimentos técnicos, científicos e relacionais capazes de prestarem Cuidados de Enfermagem de Qualidade.

A formação em serviço constitui a força motriz da actualização dos conhecimentos e do aperfeiçoamento da prática clínica em Enfermagem. Através da formação contínua, da qual faz parte a formação em serviço, o enfermeiro tem a possibilidade de reflectir sobre o observado e experienciado, e dessa forma, construir de forma activa o

conhecimento baseado na acção (PAIXÃO e MONTEIRO, 2009). É aqui que reside a importância da formação realizada em serviço, na medida em que permite, aos enfermeiros elaborarem uma reflexão sobre o que fazem e porque o fazem (VELEZ, 2009).

A relação entre a prática clínica e a actualização contínua dos conhecimentos encontra-se legalmente consagrada no Decreto de Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. Neste, encontramos atribuída ao enfermeiro especialista a responsabilidade pela formação em serviço, isto é, pelo planeamento, desenvolvimento e implementação de projectos de formação, que visem o desenvolvimento profissional e pessoal dos pares, de modo, a que estes possam desenvolver as competências necessárias à sua área de prestação de cuidados. Para tal, deve desenvolver, de acordo, com DIAS (2004, p.38) *“um conjunto de competências técnicas, pedagógicas, sociais, relacionais e de experiência na unidade onde se desenvolve a formação”*. Não esquecendo que cada um é responsável pelo seu auto desenvolvimento, o enfermeiro formador, em contextos da prática clínica, será um elemento facilitador da aprendizagem, de suporte, de orientação neste processo de gestão de conhecimento. Nas situações supracitadas essa foi a minha função.

Como futura enfermeira especialista, pareceu-me pertinente e oportuno a preocupação com o desenvolvimento profissional e pessoal dos meus pares. Assim, com este objectivo pretendi desenvolver algumas actividades que contribuíssem para o crescimento da equipa de enfermagem do SUG, zelando para a melhoria dos cuidados prestados e ao mesmo tempo desenvolver competências nesta área, de forma a aprofundar as já adquiridas em contexto da prática clínica, e que considero ser importante aprofundar e utilizá-las noutros contextos.

Foram várias as circunstâncias em que pode partilhar conhecimentos com os pares. Uns mais despertos e disponíveis para a necessidade continua de aprendizagem do que outros. Se o profissional não estiver disposto a aprender, por mais atractiva que seja a informação e/ou formação, (independentemente dos conteúdos transmitidos), esta nunca se transformará em saber. O verdadeiro conhecimento deve ser aprendido, aprendido e desejado, nunca imposto!

Em andragogia o recurso a métodos activos, à individualização da aprendizagem e o apelo à experiência anterior apresentam-se como princípios fundamentais. Nesta assunção só posso concordar com FERREIRA (2005) quando defende que os enfermeiros estarão mais motivados para a aquisição e actualização dos seus conhecimentos, quando a formação e respectiva reflexão estiverem direccionados para a sua área de experiência. Por isso, sempre que fosse oportuno, trocava ideias com os pares e enfermeira orientadora sobre experiências e informações provenientes das minhas pesquisas bibliográficas e da minha prática clínica. A exemplo disso, relato uma situação que aconteceu no balcão geral com um cliente idoso, com antecedentes de Fibrilhação Auricular já documentada e por isso, sob anti-coagulação oral (varfine), que recorreu ao SUG por queda no domicílio, com queixas álgicas e hematomas extensos na região lombar e coxa esquerda. Perante alterações da coagulação (INR de 9,5) foi necessário proceder à administração do Octaplex®. Face ao desconhecimento da colega acerca deste fármaco, colaborei na sua preparação e administração, aproveitando oportunidade para transmitir informações sobre o mesmo, nomeadamente os aspectos a que deveríamos estar atentos na sua administração.

Considerando que todo o serviço se encontrava em processo de remodelação, com necessidade de reorganização constante, quer em termos físicos, quer em termos logísticos, e com a introdução do novo sistema informático HCIS, com todas as formações em serviço que isso exigiu e continuava a exigir, foi-me sugerido pela enfermeira orientadora a elaboração de dois dossiers, um sobre Síndromes Coronárias Agudo (ANEXO II) e outro sobre Doença Renal (aguda/crónica) no contexto do SUG, onde incluí alguns artigos pertinentes e recentes (ANEXO III).

No sentido de melhorar a articulação entre o serviço onde desempenho funções (SADNP) do Hospital de Santa Cruz e o SUG e considerando que ambos pertencem ao mesmo centro hospitalar pareceu-me pertinente a elaboração de uma folha de transferência específica entre estes dois serviços (ANEXO IV), que de momento já se encontra implementada. (ANEXO V).

1.2. MÓDULO III – GERIATRIA

A prática clínica no âmbito da Geriatria decorreu no Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, no período de 28/09/09 a 19/11/09. Este serviço tem uma configuração em “y” e é constituído por três alas que incluem:

- **Unidade de Hemodiálise e de LDL Aférese:** por ser uma unidade específica é independente quanto à equipa de enfermagem mas com Chefe de Serviço comum. Dispõe de vinte e um monitores de hemodiálise para quinze unidades distribuídos por quatro salas. Quanto à LDL Aférese iniciou a sua actividade em 1996, com dois monitores e constitui o único centro a nível nacional.
- **Unidade de Diálise Peritoneal:** tem em média 40 doentes no seu programa, com consulta de avaliação duas vezes por semana (3ª e 6ª feira). Na aprendizagem desta técnica doente e/ou cuidador principal são envolvidos de forma pró-activa.
- **Enfermaria:** com capacidade para 34 clientes, distribuídos por quartos de 2 a 5 camas. A distribuição dos doentes é criteriosa e efectuada segundo o seu grau de dependência, vigilância do seu estado de consciência ou necessidade de isolamento.
- **Unidade de Cuidados Intermédios** constituída por uma única sala com capacidade para 6 doentes (tem uma unidade de isolamento). Estes doentes têm necessidades clínicas e de enfermagem específicas e diferenciadas, com um grau de dependência e vigilância normalmente superior, adquirindo por vezes características de uma unidade de cuidados intensivos (permitindo técnicas contínuas de substituição da função renal e ventilação mecânica).
- **Sala de Tratamentos** essencialmente vocacionada para a colocação de acessos venosos centrais sobretudo para HD, realização de biopsias (renais, hepáticas e cutâneas), realização de mielogramas, toracenteses e paracenteses, desobstrução de cateteres de DP. Existindo no turno da manhã, um elemento destacado para estas funções. Os turnos da tarde, da noite e dos fins-de-semana, são assegurados por um elemento da equipa determinado pelo chefe de equipa.

- **Sala de Observações** para atendimento de doentes não internados, seguidos em consulta no hospital ou referenciados por outras Unidades de Saúde, incluindo clínicas de HD, em situação de agudização da sua situação clínica. Durante a semana e no período das 9h às 17h o atendimento destes doentes em ambulatório é efectuado no meu serviço (SADNP) para o efeito, existe um Nefrologista escalado das 9h às 14h. Depois deste período quem dá apoio é o médico que entra de Urgência.

Do Serviço de Nefrologia ainda fazem parte a unidade de Transplantação Renal e a Unidade de Acessos Vasculares (no serviço de radiologia, são colocados cateteres tunelizados de longa duração e realizadas angiografias, três vezes por semana).

A equipa deste serviço é multidisciplinar e interdisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativas, assistente social, dietista, funcionárias da limpeza e assistentes operacionais do serviço alimentar.

A equipa de enfermagem (muito jovem) é constituída por 30 elementos, 5 em horário fixo de 35h e 25 em horário rotativo, distribuídos por 5 equipas de 5 elementos, em que alguns elementos cumprem um horário de 40h semanais, os outros de 35h.

A gestão e a coordenação da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais deste serviço são da responsabilidade da Enf.^a Chefe C.C., em articulação, com as quatro responsáveis. Aos chefes de equipa cabe a função de organizar e distribuir os enfermeiros pelas valências do serviço (enfermaria com apoio aos doentes externos e UCINT), coordenar horários de refeições, servir de elo de comunicação entre as especialidades que têm doentes internados no serviço face ao protocolo estabelecido com a Cirurgia Cardio-torácica (4), unidade de Arritmologia (2) e garantir uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade. A equipa de enfermagem utiliza o Método de Trabalho Individual, à excepção da Unidade de DP onde se utiliza o Método Responsável.

Era utilizado desde 1995 a metodologia do processo de enfermagem, de acordo com o modelo teórico de Virgínia Henderson, com base na avaliação das necessidades humanas básicas. Em Junho de 1996 foi implementado o sistema de classificação de doentes e em 2008 a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

As patologias mais frequentes neste Serviço são: Insuficiência Renal Aguda (IRA), Insuficiência Renal Crónica (IRC) Pré Terminal, IRC em programa de HD ou DP, Infecções Respiratórias, Descompensações Diabéticas, Status pós Acidente Vascular Cerebral, Neoplasias (na fase de diagnóstico, em programa de quimioterapia ambulatória ou sob internamento ou doentes em fase terminal).

Da reunião com a Enfermeira Chefe e na assunção de proporcionar ao doente idoso cuidados de enfermagem de qualidade, optei por estabelecer três objectivos, que posteriormente, e já em contexto da prática clínica, achei pertinente proceder à sua remodelação. São eles:

Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados ao idoso com doença crónica e família internado num Serviço de Nefrologia, com destaque para as intervenções que contribuam para o estado de Conforto nos seus diferentes contextos, desenvolvendo competências técnicas, científicas e relacionais.

Em geriatria prestam-se cuidados baseados em princípios científicos e técnicos, mas sobretudo, em valores humanos como a confiança, o respeito, a aceitação dos outros, o reconhecimento da sua autonomia, das suas limitações e do seu potencial de reabilitação. Sem dúvida que, os cuidados geriátricos exigem múltiplas competências, no entanto, considero que as relacionais assumem particular importância. As competências técnicas em geriatria ocupam muitas vezes um lugar secundário, uma vez, que o idoso raramente tem problemas específicos, únicos e precisos (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995).

No seu estudo etnográfico sobre as Competências Geriátricas dos Enfermeiros COSTA (2006) concluiu que estas surgem da interacção das representações que o profissional tem de si, da profissão, do contexto de trabalho, da velhice enquanto estadio e dos idosos de uma forma geral. A centralidade de cuidados encontra-se no idoso, que constitui, então, o pólo gerador dessas mesmas competências em contexto da prática clínica. Considera ainda, que na produção destas competências estão envolvidas

a mobilização de processos cognitivos e sócio-afectivos, a tomada de decisão, que por vezes implica reajustes na acção-reflexão-acção, que dependem da capacidade reflexiva do profissional e da sua dinâmica de auto e hetero-formação.

O desenvolvimento de competências relacionais é fundamental no estabelecimento de uma relação de ajuda. Em toda a proposta teórica de WATSON (2002) é possível antever uma constante preocupação em atribuir à relação um valor fundamental na prestação de cuidados de enfermagem, em particular, quando conceptualiza um quarto factor de cuidar – o desenvolvimento de uma relação de confiança-ajuda. Definindo como características fundamentais dessa relação: a congruência, a empatia e o carinho não possessivo. A Relação de Ajuda constitui o eixo à volta do qual giram os cuidados de enfermagem e é indissociável da qualidade!

Procurei desenvolver competências aos três níveis, em que o Saber-fazer foi evidenciado pelo agir com conhecimento e habilidade. Considero que foi um saber fazer com sensibilidade e qualidade em que a procura da satisfação das necessidades de Conforto do idoso constituiu o fio condutor de toda a acção.

Baseando-me no objectivo acima supracitado, vou procurar descrever as actividades desenvolvidas e as competências alcançadas.

Na minha prática clínica diária a necessidade de articular com este serviço é frequente, assim, o conhecimento da sua estrutura física e da sua equipa multidisciplinar e interdisciplinar foram facilitadores do meu processo de integração.

A prestação de cuidados ao idoso além dos cuidados direccionados para a satisfação do contexto físico do conforto propriamente dito, envolveu a preocupação em satisfazer os outros contextos defendidos por Kolcaba: o sociocultural, quando promovia a interacção entre os idosos através de conversas e jogos (cartas e realização de puzzles), quando algum idoso fazia anos articulava com a dietista no sentido de se providenciar um bolo (considerando as restrições alimentares e as necessidades dietéticas do mesmo), quando a propósito da comemoração do dia da 3ª Idade a 28/10/09 solicitei à Dra. R. um bolo para o lanche dos idosos e familiares presentes, quando de acordo com a restante equipa de enfermagem incentivava os doentes a terem consigo objectos que lhes eram

significativos; o psicoespíritual, quando baseada na avaliação funcional e naquilo que o idoso era capaz de fazer, o estimulava para a realização de actividades que contribuíssem para o ganho da sua autonomia e recuperação da sua funcionalidade (como por exemplo comer sozinho, ir até à sala de refeições comer, auto cuidar-se na casa de banho, ainda que com supervisão), quanto ao contexto ambiental, quando frequentemente fazia de forma informal sensibilização dos pares e assistentes operacionais, para a necessidade de reduzirmos o barulho nas enfermarias, de desligarmos as luzes desnecessárias em prol da luz natural, permitindo desta forma, a percepção e melhor orientação do idoso no que se refere ao tempo e horas do dia ou quando estimulava a pessoa idosa a aproximar-se das janelas do quarto, para ver a paisagem e o movimento envolvente ao hospital.

As nossas intervenções para proporcionar conforto ao nível dos quatro contextos podem ser implementadas de forma isolada ou de forma sequencial e disso pode ser o exemplo *“a simple back massage can enhance all four contexts of comfort, if the massage is accompanied by a warm, caring approach and preparation of the environment for relaxation”* (KOLCABA, 2003, p.17).

A hospitalização acarreta repercussões no bem-estar físico e psicossocial do idoso e sua família (CABETE, 2005), por isso, a melhoria do ambiente terapêutico e a sensibilização dos pares para a promoção de actividades recreativas, também, foram preocupações minhas. A satisfação do conforto ao nível sócio cultural e psicoespíritual durante o internamento é pouco valorizado, de forma geral, por toda a equipa. As razões que podem sustentar esta atitude podem estar relacionadas com o facto de ser uma equipa muito jovem (30% tem menos de um ano de profissão), e de acordo com BENNER (2001) encontrar-se no estágio 2 (de Principiante Avançado), no qual as regras e a concretização de tarefas são o fio condutor nas intervenções de enfermagem, ou seja, a principal preocupação está associada à gestão de cuidados. No caso de profissionais mais experientes, a razão pode estar relacionada com a sua centralização no modelo biomédico, onde os aspectos relacionados com os sentimentos e as emoções do doente são descurados.

Pude constatar que durante o dia existiam grandes intervalos de tempo entre os períodos atribuídos aos cuidados, durante os quais os idosos ficavam circunscritos à sua cama, ao espaço destinado ao cadeirão, simplesmente sentados a olhar para o vazio.

Senti que, enquanto futura Enfermeira Especialista, com responsabilidades na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital da pessoa, com competências gerais, mas também, com competências específicas, apropriadas a cada fase etária, deveria procurar respostas organizadas e inovadoras para colmatar esta situação. Procurei, então, proporcionar formas de distração/recreação, que segundo BERGER e MAILLOUX-POIRIE (1995), envolvem as dimensões biofisiológicas, psicológicas, sociológica, cultural e/ou espiritual.

Durante a minha prática clínica promovi algumas actividades de distração, no entanto, mais do que “*fazer*”, constatei que os idosos internados sentiam necessidade de conversar, sobre si, sobre a família que tiveram ou que ainda têm, sobre a sua actividade profissional anterior ou sobre outros assuntos que os preocupavam naquele momento, por isso, muitas vezes dei por mim, “tão-somente” nessa atitude de escuta activa. Não eram necessárias grandes programações ou jogos! Afinal o “*comfort can be physical and mental*” (KOLCABA, 2003, p.10). A comunicação efectiva vai mais além da comunicação verbal, passa, por processos cognitivos, afectivos e comportamentais. Para WATSON (2002,p.55) “*Cuidar envolve sentimentos valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências.*”

Devo dizer que estes momentos foram extremamente ricos em aprendizagens, quanto ao contexto onde se insere o idoso na sociedade actual, quanto às respostas que estão ao seu dispor e ao modo como encara a sua situação de doença crónica associada ao processo de envelhecimento. Enquanto profissional e pessoa com atitudes, valores e crenças, devo estar desperta para perceber os sentimentos e compreender que a interpretação intelectual de uma situação é diferente da emocional. E se, com as minhas intervenções, não conseguir proporcionar estados de alívio e tranquilidade devo intervir com medidas direccionadas para a transcendência no sentido de motivar e inspirar o doente a sair da sua angústia (KOLCABA, 2003).

Passo a descrever duas situações, que reflectem o meu empenho e o resultado das minhas intervenções. A primeira relata dois casos que aconteceram num quarto de

homens. O Sr. I. B, 80 anos, veio encaminhado do SUG do HSFX, para reavaliação da função renal através da SADNP. Por agravamento da mesma, teve de ficar internado no Serviço de Nefrologia para colocação de cateter tunelizado e indução de hemodiálise. Inicialmente confuso, mas sempre colaborante, dentro das suas possibilidades. Já sabia que era solteiro, tinha dois sobrinhos, bastante preocupados com ele e que por circunstâncias da vida, encontrava-se a viver numa parte de uma garagem, sem condições habitacionais cedida por um amigo. O facto de já conhecer a história de vida deste Sr. à chegada ao serviço (tinha-o triado de manhã no meu contexto de prática clínica diária) permitiu-me contactar precocemente com a assistente social do serviço, para o encaminharmos para uma Unidade de Convalescença da RNCCI e posteriormente para um lar. Durante o internamento revelou-se um idoso com senso de humor fantástico, com uma experiência de vida extraordinária. Nas nossas conversas fui-lhe falando sobre a Doença Renal Crónica, o que ela implicava em termos de cuidados a ter desde a alimentação até aos cuidados específicos com o cateter e posteriormente com o acesso vascular, deste cedo mostrou-se muito curioso e desejoso em obter informações, sempre pertinente nas suas questões. Com a indução da diálise a correr bem e conseqüente melhoria do seu estado geral, começou a mostrar cada vez mais vontade em se auto cuidar. Este Sr. foi um dos idosos que comecei por levar à sala de refeições e que, posteriormente, com o auxílio de um tripé já se deslocava sozinho. O Sr.A.P, da cama ao lado, com 70 anos, diabético tipo II (sob antidiabéticos orais) de difícil controlo, hipertenso, com hábitos de vida pouco saudáveis, apesar dos ensinamentos feitos (era seguido na nossa consulta de Hipertensão) por Edema Agudo do Pulmão associado ao agravamento da função renal recorreu ao SU do HSFX, de onde foi posteriormente transferido para o Serviço de Nefrologia, também, para colocação de cateter tunelizado e indução de hemodiálise. A sua história clínica é um exemplo típico de que a pluripatologia é bastante frequente acima dos 65 anos na perspectiva de BERGER e MAILLOUX-POIRIE (1995). Durante os primeiros dias pareceu-me triste e revoltado com a sua situação.

Procurei estimular o diálogo e a relação entre os idosos supracitados, percebi que ambos gostavam de jogar às cartas, pelo que, trouxe-lhes um baralho (que foi plastificado a quente de modo a facilitar a sua limpeza e que ficou no serviço) próprio

para pessoas com limitações de visão e motricidade fina. A relação que se estabeleceu entre estes idosos durante o internamento trouxe ganhos em saúde para ambos.

A segunda situação ocorreu num quarto de Senhoras idosas, duas mais dependentes nas suas AVD'S, depois das “rotinas instituídas” (pequeno almoço, higiene), sentavam-se nos cadeirões do quarto, aí permanecendo até cerca das 19h! Não havendo qualquer forma de interacção entre elas ou entre os familiares!

Ao contrário da situação supracitada, as senhoras recusaram a realização de jogos ou pequenos passeios pelo serviço, preferiram conversar. Foi com satisfação que constatei uma mudança gradual nas atitudes e comportamentos das idosas não só na relação entre elas mas também na relação com a equipa de saúde. O quarto sempre tão silencioso até aqui, agora verificava-se maior interacção não só entre as idosas, mas também, entre os familiares que as visitavam.

Procurei com as minhas intervenções, de forma simples, implementar o preconizado por OSSWALD (2004, p.373) quando defende que *“Atender com cortesia e paciência, acolher com proficiência e simpatia, saber escutar, informar com rigor, responder com verdade, cuidar com respeito, encaminhar com solicitude são atitudes humanizantes que estão ao alcance de qualquer profissional que adopte com convicção esta tarefa como sendo sua”*.

Ainda com preocupação em satisfazer o contexto psico-espiritual e saber que a maioria dos idosos foram educados num mundo onde se valorizava e dava importância à prática e às crenças religiosas, e que, a religião pode constituir fonte de suporte (e nalguns casos), substituto familiar, procurei perceber quais os idosos que estariam interessados em assistir à cerimónia religiosa que se realizava na capela do hospital, de modo, a mobilizar meios para proporcionar a satisfação dessa necessidade. Constatei que muitos deles durante a sua vida adulta tinham perdido contacto com a prática religiosa, e que agora, na velhice, sentiam necessidade de “reatar” com a sua religião. Durante o internamento os idosos tendem a reflectir naquilo que foi a sua vida, rezam pela sua família, por si próprios (SILVA, 2006). A ida à missa foi, assim, uma actividade que permitiu às idosas distraírem-se, mantendo e reforçando a sua Fé. BERGER e MAILLOUX-POIRIE (1995, p.509) são de opinião que esta etapa do

processo de envelhecimento *“representa um período muito importante no desenvolvimento espiritual”*.

Ao promover a ocupação e a distração do idoso internado, de acordo com os seus desejos e com as suas capacidades e limitações, contribui para o seu conforto na medida em que estimulei, processos de manutenção da sua identidade que contribuíram para a melhoria da sua auto-estima. É importante comprometer e devolver à pessoa idosa a capacidade de decisão sobre si (CABETE, 2005).

Da família enquanto grupo, constituída por pessoas significativas *“destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes idosos, quer no desempenho dos papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”* considera VIEIRA (2008, p.82). Todo o sistema familiar é afectado na presença de uma doença crónica. São vários os factores que influenciam o efeito da doença crónica na família, entre eles, o tipo de doença e o seu estágio, a estrutura familiar, o estágio dentro do ciclo de vida do doente e dentro do ciclo de vida da família (HANSON, 2005).

Perante a necessidade de serem desenvolvidos processos adaptativos face a uma doença crónica e situação de dependência de um idoso, torna-se fundamental que o enfermeiro especialista, tenha a preocupação de dotar doente e familiar cuidador de determinados conhecimentos e capacidades através de ensinamentos, considerando-os como parceiros nos cuidados. Considerá-la como foco de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem, constitui um desafio para os enfermeiros no desempenho das suas funções! Com a hospitalização do idoso, a família pode agregar dois papéis, um enquanto parceiros no cuidar, em que podem ter um papel activo não só na prestação de cuidados mas também na tomada de decisão dos cuidados ao idoso, e outro, enquanto receptores de cuidados. O apoio à família pode passar por uma comunicação eficaz e honesta, orientando-a na obtenção e clarificação das informações; na promoção de esperanças realistas; no respeito pelos seus mecanismos de *coping*.

É importante reconhecer que a família deve ser ajudada a responder às necessidades de saúde e doença dos seus membros, bem como, às suas próprias necessidades. Nesse sentido, KOLCABA (2003, p.14) aconselha que *"nurses and other team members can*

facilitate social comfort of family unit, however, by making them feel at home, important, intelligent, and valued”.

Ao perceber que idoso e família frequentemente tinham dificuldades em realizar algumas actividades de vida diária por défice de conhecimento da existência de produtos de apoio, que poderiam contribuir de forma decisiva para o ganho da autonomia e auto-estima do primeiro, senti necessidade de fazer um levantamento sobre os mesmos. Desta pesquisa surgiu a elaboração de um folheto (ANEXO VI), que de forma simples, dá algumas ideias e sugere alguns produtos de apoio, que podem contribuir para a autonomia do idoso. Para a sua realização senti necessidade de contactar e deslocar-me a algumas lojas para ver e experimentar alguns produtos, comparando-os em termos de aplicabilidade e relação qualidade/preço. De referir que as visitas a estas lojas resultaram de contactos que estabeleci com os seus representantes durante o 5º Congresso da Associação Portuguesa de Psicogerontologia. Nestes contactos tive oportunidade partilhar conhecimentos e experiências com terapeutas ocupacionais, nomeadamente, no que diz respeito aos critérios de escolha de determinados produtos em detrimento de outros em patologias como a Artrite Reumatóide, a Doença de Parkinson, o Acidente Vascular Cerebral, Demências e outros.

A elaboração deste folheto constituiu uma das alterações que introduzi ao projecto inicial de estágio.

Como já referi na minha prática clínica diária, a afluência de idosos em situações de dependência é grande, por isso, após falar com a enfermeira chefe do meu serviço e dado o seu completo apoio, adaptei o panfleto realizado ao Serviço da Consulta Externa. Despertando os pares para a importância que a utilização de alguns produtos de apoio, podem ter no alcance da autonomia e funcionalidade do idoso, (ANEXO VII).

No serviço de Nefrologia, por circunstâncias várias, a existência de produtos de apoio é escassa, assim conversei com a enfermeira orientadora e chefe do serviço sobre a possibilidade em adquirir algumas ajudas técnicas. Perante a sua concordância, desenvolvi contactos com a equipa de fisioterapia que dá apoio aos idosos com

necessidades de cuidados de reabilitação motora, para saber a sua opinião e fazer um levantamento das ajudas técnicas existentes e das necessárias. Deste levantamento resultou uma lista com canadianas, tripés, andarilhos articulados, cintos de imobilização à cadeira de rodas/cadeirão, colchões anti-escáras, suportes de apoio para as casas de banho, almofadas de posicionamento, tabuleiros para cadeira de rodas. De forma a agilizar o processo de aquisição destes produtos de apoio contactei com a Dra. H.B. (da Direcção Clínica e Coordenadora da Hemodiálise) e com o Dr. J.D (Director de serviço de Nefrologia) sobre esta necessidade do serviço.

Perante a possibilidade de haver um patrocínio para o final deste ano, sugeriram-me que elaborasse uma lista com todo o material necessário, para que fosse apreciada pela empresa patrocinadora. Elaborei a lista dos produtos de apoio necessários, com sugestão das quantidades, empresas que os comercializam e preços mais adequados face à relação preço/qualidade. Neste momento aguardo resposta da empresa patrocinadora.

Também com o objectivo de conseguir alguns produtos de apoio para o serviço, estabeleci contactos com algumas empresas, explicando-lhes o objectivo do meu pedido e o contexto em que este se inseria. Das solicitações efectuadas obtive alguns produtos, nomeadamente, cintos de imobilização à cadeira de rodas/cadeirão, almofadas e botas anti-escáras, que depois de impermeabilizados, já estão a ser usadas pelos idosos internados.

Na concretização deste objectivo a pesquisa bibliográfica, no que concerne aos aspectos específicos da pessoa idosa e o contexto em que esta se insere, bem como, a mobilização dos conhecimentos e competências anteriormente adquiridas, foram uma constante. Desta forma, consegui gerir e interpretar, de forma mais adequada, a informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida. Considero que adquiri competências na área de gestão de cuidados promovendo simultaneamente a melhoria da qualidade dos mesmos, ao utilizar os resultados da investigação válidos e relevantes e ao fazer uma reflexão sistemática na e sobre a prática diária no âmbito do envelhecimento e sua contextualização.

No idoso a capacidade funcional constitui uma componente importante na manutenção da sua autonomia. GABETE (2005) é de opinião que o declínio funcional

no momento da alta hospitalar tem tendência a acentuar-se. Defende ainda que, (2005, p.38) ”o declínio funcional motivado pelo internamento está na origem de uma procura de serviços de apoio na comunidade”. Perante esta constatação, parece-me que o planeamento atempado e adequado da alta vai permitir organizar e reforçar a prestação de cuidados ao idoso dependente pela rede formal e/ou informal. Por isso procurei:

Promover a continuidade de cuidados dos idosos internados no Serviço de Nefrologia com necessidade de referência à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, otimizando os recursos hospitalares e comunitários.

Os cuidados continuados constituem uma exigência da sociedade actual, dado o aumento de pessoas idosas, com doenças crónicas e incapacitantes.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho representa um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção na sociedade portuguesa, são eles, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social. Trata-se de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social que visa promover a continuidade de cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que tenha alguma forma de dependência temporária ou definitiva. Compreendem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social e a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irreversíveis, permitindo desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência e investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração. Pretende-se proporcionar mesmo na fragilidade uma vida com dignidade!

É de suma importância o papel dos profissionais de saúde, em particular, o da enfermagem no planeamento da alta hospitalar. A avaliação e identificação das necessidades do idoso e da família no início do internamento devem ser feitas considerando os aspectos físicos, emocionais, económicos e o contexto familiar onde se insere o cliente fragilizado. Só assim se poderá desenvolver *com* eles um trabalho de aprendizagem e adaptação às suas actuais necessidades e garantir a continuidade de cuidados pelas redes de suporte. Torna-se necessário treinar e desenvolver competências com a família ou cuidador principal no cuidar da pessoa em situação de dependência.

As actividades com vista a adesão ao regime terapêutico, adoptando estratégias de comunicação, argumentação e negociação são essenciais para um ensino que favoreça a adopção de estilos de vida saudáveis.

Capacitar o idoso dependente, para o regresso a casa, potenciar e desenvolver competências cognitivas e técnicas nos clientes e/ou prestadores de cuidados de forma a, que estes, sejam capazes de auto-regularem a sua condição de saúde, apresentam-se como competências inerentes ao enfermeiro especialista.

Durante toda a prática clínica tive a preocupação de estabelecer relação de ajuda com o idoso e sua família, procurando identificar indicadores de risco que pudessem interferir (atrasar ou impedir) com a necessidade de continuidade de cuidados posteriores no domicílio ao idoso. Para proceder a essa identificação recorri, de forma sistemática à consulta do processo clínico, plano de cuidados de enfermagem (SAPE/CIPE), onde constam a avaliação inicial que é feita no momento do acolhimento e que posteriormente é introduzida em suporte informático através da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE). A introdução desta linguagem no serviço aconteceu em 2008, inicialmente tive alguma dificuldade em utilizá-la, no entanto, a ajuda preciosa dos pares foi importante na aquisição desta competência.

Consta que da folha utilizada na avaliação inicial do cliente não constam parâmetros importantes relativos ao desempenho do idoso nas suas actividades de vida diária, nem nas, suas actividades instrumentais de vida diária. Parece-me que estas informações são fundamentais para se proceder a uma prestação de cuidado adequada e para um correcto planeamento da alta, face a alterações que o processo de doença possa trazer, tanto mais quando se tratam de doenças crónicas. Assim, propus à enfermeira orientadora, a introdução destas informações, ainda que de forma sumária, na folha de avaliação inicial. Esta sugestão não foi aceite, dado que iria implicar alterações na parametrização da CIPE. Então outra alternativa para que a sinalização do idoso, face à necessidade de cuidados posteriores ao Internamento (RNCCI ou outros), fosse feita o mais precocemente possível poderia passar pela elaboração de uma pequena grelha que seria preenchida no momento da admissão. Mais um papel nem pensar! Deste modo a elaboração de uma grelha que facilitasse a sinalização do idoso para a RNCCI não foi

elaborada. Passando a incentivar-se durante as passagens de turno os enfermeiros a preencherem na CIPE, o campo destinado a observações, com os dados que fossem mais relevantes quanto às alterações verificadas da funcionalidade do idoso do domicílio para o internamento.

As competências em enfermagem resultam de um processo dinâmico de articulação e interacção dos conhecimentos técnico-científicos com o meio onde se prestam os cuidados e são demonstradas pela acção dos enfermeiros. Enquanto futura enfermeira Especialista e durante toda a minha prática clínica procurei:

Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos idosos internados através da formação dos enfermeiros do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz.

A formação em enfermagem envolve uma forte componente prática, que se sustenta e retroalimenta na formação teórica e teórico-prática e acontece num contexto social complexo em que interagem as necessidades dos clientes, dos formadores, dos enfermeiros e dos alunos, (ABREU, 2007).

Durante a prática clínica em geriatria, constatei que a equipa de enfermagem na sua maioria jovem, não está desperta para as especificidades que o processo de envelhecimento envolve. Por isso, em todos os momentos, durante a prestação de cuidados, na passagem de turno ou noutros momentos procurava sensibilizá-los para as problemáticas que envolvem o idoso.

De modo a contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal dos pares achei pertinente elaborar um dossier com informação pertinente no âmbito da geriatria e a doença crónica. Nele inclui uma pesquisa que fiz sobre produtos de apoio com legislação sobre os mesmos, alguns artigos importantes nesta vertente como: a vacinação da população idosa com recomendações europeias (2009), aspectos renais do idoso, actualização no tratamento da dor crónica no idoso (Abril 2009), nefropatia diabética (Novembro 2008), prevenção da endocardite infecciosa: as novas orientações da *American Heart Association* e o idoso (Abril 2009), ressincronização ventricular: com ou sem desfibrilhador associado (2007) e outros. Esta foi uma actividade que senti necessidade de introduzir face à entrada de novos elementos para a equipa.

Considero que qualquer que seja o contexto, a avaliação física, funcional e social do idoso torna-se fundamental dado o incremento das suas necessidades e pode-nos fornecer informação adicional para a melhoria do nível de assistência a proporcionar. Esta avaliação deve centrar-se na autonomia e não na dependência, naquilo que é capaz de executar e não naquilo que já não faz! Uma avaliação objectiva evitará que se substitua a pessoa naquilo que ela é capaz de fazer ou de lhe pedir alguma coisa acima das suas capacidades. A situação específica que passo a descrever, permitiu alguns momentos de reflexão na equipa durante a passagem de turno, sobre a relação que existe entre o idoso e a sua propensão para as quedas. A D.N.R., de 74 anos, com antecedentes de HTA, Colecistectomia por litíase vesicular, Diabetes *Mellitus II*, Doença Renal Crónica Estadio 5, em HD deste 2002. No dia previsto para a alta e após o tratamento dialítico, *tem uma queda* junto à sua cama com traumatismo da região supraciliar direita com necessidade de ser suturada. Com a queda, os óculos que usava partem-se, deixando de o poder utilizar. Após este episódio de queda nota-se um agravamento funcional manifestado por tonturas e desequilíbrios frequentes. De independente nas AVD'S passa a parcialmente dependente (necessita de ajuda parcial na higiene e transferência) segundo o Índice de Independência nas AVD'S desenvolvido por Sidney KATZ (1963), que avalia a funcionalidade do idoso. A queda é um acontecimento real na vida do idoso e pode trazer-lhe consequências irreparáveis. Procurei alertar para os factores internos e externos ao idoso que podem interferir e influenciar drasticamente o seu quotidiano. Foram várias as situações que permitiram a troca de conhecimentos e experiências com a equipa.

Este serviço pelo perfil dos doentes que cuida e orienta tem necessidade frequente de referencia-los para a RNCCI. Ao constatar o deficit em conhecimentos dos pares face à RNCCI, resolvi fazer uma acção de formação sobre essa temática (ANEXO IX e X). Para a formação recorri ao método expositivo, acompanhado de uma apresentação em *Power Point* e distribuição de documentação pertinente (legislação, circulares normativas da DGS). A acção formativa por correu muito bem, houve uma participação bastante pró-activa. A pedido da minha chefe de serviço também repliquei a acção para as minhas colegas, (ANEXO XI). Na concretização desta actividade, gostava de

destacar a importância que teve a participação no curso “Cuidados Continuados Integrados – Planeamento de Alta de Enfermagem” (ANEXO XII). Paralelamente a esta formação compilei um dossier sobre esta temática onde inclui legislação referente à RNCCI, locais onde podemos encontrar instituições da Rede na zona de Lisboa e Vale do Tejo (2009), bem como, informações sobre a reestruturação dos Centros de Saúde.

Penso que as minhas intervenções formais ou informais junto da equipa contribuíram para a melhoria dos cuidados prestados neste serviço, assim, pude desenvolver competências na identificação das necessidades formativas, gerir e supervisionar cuidados e colaborar no processo de integração dos pares, recentemente chegados à equipa. Gostava de realçar a minha constante disponibilidade e interesse na partilha de ideias e conhecimentos com eles. Só posso concordar com (ABREU, 2007) quando defende que a formação na prática clínica e a supervisão clínica constituem uma ferramenta essencial no desenvolvimento contínuo do enfermeiro, quer este seja aluno, profissional recém-formado ou sénior e, proporciona uma oportunidade de acompanhamento, espaços de reflexão, bem como discussão de assuntos da prática clínica e abordagens alternativas à prática de cuidados.

A prestação de cuidados, área nuclear do Enfermeiro Especialista, ao doente idoso e à família através da incorporação na prática dos resultados da investigação válidos e relevantes, e ainda, a abordagem a questões complexas de modo sistemático e criativas relacionadas com o doente e família, permitiram-me ao longo do estágio zelar pela qualidade dos cuidados prestados e participar de forma activa no processo de formação e integração dos enfermeiros recentemente chegados ao serviço (três entre Outubro e Novembro). Durante este estágio geri, sem qualquer dificuldade, todo o processo de cuidados referentes aos idosos que estiveram sob minha responsabilidade, actuando sempre com responsabilidade tanto nas intervenções autónomas como nas interdependentes. Assim, parece-me ter demonstrado capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

As actividades que desenvolvi para conseguir uma prestação de cuidados de qualidade, assentaram numa tomada de decisão fundamentada em evidências científicas disponíveis e nas minhas responsabilidades sociais e éticas, o que me permitiu desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais no contexto da Geriatria.

A preocupação com a formação contínua, enquanto alicerce para o meu desenvolvimento profissional e pessoal ao nível das atitudes, capacidades e conhecimentos perspectivando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente e à família, esteve sempre subjacente ao longo da minha prática clínica. Assim passo a descrever de forma sucinta as formações que achei pertinentes para esse desenvolvimento no âmbito da Geriatria:

Parcerias Com o Idoso Nas Rotinas Diárias (*workshop*) – Este workshop despertou-me para a importância da formação e informação dos cuidadores formais que prestam cuidados em instituições com idosos, e que o fazem sem qualquer conhecimento técnico ou científico. Tive oportunidade de contactar com algumas ajudas técnicas, actualmente designadas por produtos de apoio nos termos da Nomenclatura utilizada na Norma ISO 9999:2007, conforme consta no Decreto-Lei nº93/2009 de 16 de Abril.

1ª Jornadas de Cuidados Paliativos (9 e 10 de Outubro 2009) - A pertinência destas jornadas prendeu-se com o facto de, frequentemente, receber no meu serviço e posteriormente transferir para o Serviço de Nefrologia, idosos que além de serem portadores de outras patologias (Doença Renal Crónica, Insuficiência Cardíaca e outras) têm Doença Oncológica activa ou em fase de remissão. Estas jornadas também se revelaram importantes, na aquisição e renovação de conhecimentos sobre fármacos que podem ser utilizados no tratamento da dor neuropática, tão comum no idoso diabético, (ANEXO XIII).

5º Congresso da Associação Portuguesa de Psicogerontologia (15 e 16 de Outubro de 2009), subordinado ao tema **Envelhecimento: da biologia à gerontotecnologia**. Gostei particularmente da intervenção da Dra. Maria João Quintela, da Direcção Geral de Saúde, que defendeu a importância da mudança de paradigma sobre o Envelhecimento, no sentido das comunidades e serviços irem ao encontro das reais necessidades do idoso Português e da conferência proferida pelo Prof. Dr. Daniel Serrão, (ANEXO XIV).

1º Congresso Nacional de Cuidados Continuados - A minha decisão em participar neste congresso prendeu-se com o facto do programa proposto ir ao encontro dos

objectivos que delinee para a prática clínica em Geriatria. Destaco a intervenção da Dra. Inês Guerreiro, que realçou a importância da correcta planificação das altas face ao encaminhamento para a RNCCI ou para o domicílio (com ou sem apoio), em que, é necessário treinar e desenvolver competências com a família ou cuidador principal no cuidar da pessoa em situação de dependência, (ANEXO XV).

2. CONCLUSÃO

Terminada esta etapa é altura de fazer uma análise, reflectida, considerando os momentos positivos e aqueles, que se pudéssemos voltar atrás no tempo, teríamos feito o percurso de outra forma. Não acredito em momentos negativos, considero-os antes, como momentos de aprendizagem dado que nos permitem reformular as nossas acções, uma e outra vez, e de todas as vezes retirarmos lições para a vida.

Um dos aspectos importantes na evolução e no aperfeiçoamento dos nossos comportamentos e atitudes, na nossa mudança e crescimento, é a identificação dos sucessos conseguidos e dos erros cometidos através do processo reflexivo *na e sobre a* prática. Da mesma forma, a resolução e a comparação dos resultados obtidos com aqueles que foram projectados inicialmente, promove a nossa prática e consequentemente, a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Considero que a formação clínica constitui uma área de excelência para o desenvolvimento de competências e atitudes. Todo percurso efectuado ao longo deste trajecto, traduziu o meu amadurecimento e capacidade reflexiva, quanto ao planeamento e aplicação de conceitos, comportamentos e expectativas.

Os momentos de ensino clínico realizados foram extremamente importantes, na medida em constituíram veículo para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos aprofundados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitindo dessa forma a articulação da formação inicial com a área da especialização, na vertente das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista com a formação pessoal e profissional. Esta articulação dos conhecimentos e competências, vem sem dúvida, abrir e marcar a diferença na prestação de cuidados especializados ao cliente e família.

A prática clínica no SUG onde as intervenções de enfermagem representam um desafio, foi uma actividade interdisciplinar e abrangente impondo conhecimentos, saberes e competências a vários níveis. O atendimento urgente/emergente exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados que não é fácil de conseguir nas condições existentes e dado o elevado número de doentes que a ele recorrem, ficando, muitas vezes, a qualidade dos cuidados prestados aquém do desejável. Acompanhei várias situações urgentes e emergentes, tendo oportunidade de mobilizar conhecimentos na área do suporte básico e avançado de vida e dos cuidados ao doente crítico. As expectativas que tinha quanto ao conhecimento da equipa e respectiva articulação foram alcançadas. Neste percurso foram primordiais todas as pesquisas e reflexões que fiz e que permitiram a construção de um portefólio reflexivo.

Tenho consciência que 180 horas de prática clínica são, de todo, insuficientes para abranger a diversidade de respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, bem como, às transições que os indivíduos e famílias estão sujeitas ao longo do seu ciclo de vida. No entanto, foi uma experiência enriquecedora, pois deu-me oportunidade de apreender outras realidades e perceber como o papel do enfermeiro varia entre diferentes contextos, mas desempenhando sempre, um papel condutor no restabelecimento da pessoa em situação crítica.

Relativamente aos objectivos propostos para esta prática clínica considero que foram alcançados, apesar das dificuldades sentidas e dos obstáculos ultrapassados.

O ensino clínico no SUG trouxe-me implicações para a prática clínica diária bastante positivas, uma vez que, consegui mobilizar e desenvolver diferentes competências que vão permitir receber e orientar melhor os clientes e famílias que acorrem ao meu serviço (SADNP), por um lado e por outro, consegui introduzir no meu serviço e no hospital a utilização de materiais e dispositivos médicos úteis na prestação de cuidados ao cliente cirúrgico e na prevenção e controlo do risco. Com o recurso a estes materiais estamos também a optimizar a gestão dos recursos hospitalares.

Neste serviço parece-me pertinente haver, num futuro muito próximo, um investimento da equipa de enfermagem nos aspectos do Conforto preconizados por Kolcaba.

A prática clínica em Geriatria permitiu-me ter um olhar diferente sobre os idosos e os contextos que os rodeiam. Lamento que a carga horária deste estágio tenha sido só de 180h. As competências geriátricas desenvolvidas abrangeram essencialmente a área da Relação de Ajuda e a formação dos pares através da formação formal e a informal. Concerteza que a minha prática clínica diária vai beneficiar com os conhecimentos e as competências desenvolvidas neste estágio. Pois considero que as dimensões do Saber-estar e do saber-ser sofrem incrementos à medida que aumentam os níveis de conhecimentos técnicos e se intensificam os contextos do ensino clínico.

Embora ambos os serviços pertencessem ao CHLO e fossem constituídos por equipas de enfermagem muito jovens, a cultura organizacional traduzida por normas, valores e crenças comuns partilhadas por um maior ou menor número de pessoas, revelou-se completamente diferente. São serviços onde cada um é portador de socializações profissionais diferentes, assim como, de percursos formativos. Confesso que foi aqui que residiu a minha maior dificuldade de adaptação à equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Houve necessidade de reformular algumas etapas do percurso, mas considero que este é um aspecto enriquecedor, dado ser demonstrativo da capacidade de análise e de agir sobre o contexto no sentido da mudança.

Em todos os locais da prática clínica, procurei adoptar uma conduta, que servisse de modelo aos pares, na medida em, que *aprendemos a ser* com os que *são*, por um lado, e por outro é a experiência da vida que nos ensina a *ser na vida o que somos*.

Gostava de destacar que todos os momentos de partilha na prestação de cuidados ao cliente e à família que aconteceram nestes contextos e com os colegas com quem trabalhei foram muito importantes, pois foi, com todos eles que consegui incorporar as competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e evoluir.

A componente prática assume um papel preponderante na globalidade da formação do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, implicando uma adequada relação teórico-prática com a consequente aplicabilidade na prestação de cuidados ao doente crítico de médio e alto risco, justificando e definindo-se assim o

contributo específico da enfermagem especializada e dos enfermeiros especialistas para a saúde dos cidadãos. Assim, considero que, o papel da enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é estar desperta para as inúmeras situações e problemáticas decorrentes da prestação de cuidados, e conseguir em conjunto com o cliente, família, comunidade e profissionais de saúde encontrar estratégias de resolução, dando resposta às necessidades identificadas.

3. REFERÊNCIAS

APÓSTOLO, João L. Alves – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Revista Referência**. II Série nº9 (Março 2009), p.61-67.

ABREU, Wilson Correia – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, formação e saúde, 2007.296p.ISBN 978-972-8485-87-0.

AEHLERT, Barbara, RN, BSPA – ACLS, Advanced Cardiac Life Support. **Emergências em Cardiologia: Suporte Avançado de Vida em cardiologia, um guia de estudo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 3ª ed, 2007. 591p. ISBN 978-85-352-2295-1.

AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves de – **Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. 8ª ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2006. ISBN 972-54-0149-1.

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – **Pessoas Idosas**. Uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995.594p.ISBN 972 – 95399 -8 -7.

BETTENCOURT, Merícia – Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN: 1646-2629. 29 (Maio 2008).

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Quarteto editor, colecção enfermagem, 2ª edição, 2005, 262p. ISBN 989-558-052-5.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.

BISCAIA, Jorge – Alteridades: sentidos da relação com o outro. IN: NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma ética de enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores.2004.127-135p.ISBN 072-603-326-8.

Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social. **Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados**. Fevereiro de 2007.

CABETE, Dulce Gaspar – **O idoso, a doença e o hospital** - O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.2005.175p.ISBN 972-8383-89-4.

COSTA, Maria Arminda – Relação Enfermeiro-Doente. IN: NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética da Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores. 2004, 63-80p. ISBN 972-603-326-8.

COSTA, Maria Arminda Mendes – **Enfermeiros** Dos percursos de formação à produção de cuidados. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.1998.159 p. ISBN 972-754-125-9.

DEODATO, Sérgio – Critérios do agir profissional. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN: 1646-2629. 29 (Maio 2008). 45-50p.

DIAS, José Manuel – **Formadores: que desempenho**. Lisboa: Lusociência: edições técnicas e científicas Lda, 2004.197p. ISBN 972-8383-75-4.

II Conferência de Regulação da Ordem dos Enfermeiros – Modelo de Desenvolvimento Profissional em debate com os membros. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN: 1646-2629.32(Abril 2009)

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa, Junho de 2004.19 p.

FERREIRA, Paula Pinto – Formação em serviço e desenvolvimento profissional: os enfermeiros em contextos aprendentes. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844 (Novembro 2009).

GOLEMAN, Daniel – **Inteligência Emocional**. Temas e Debates actividades editoriais, Lda. 2001. ISBN 972-759-063-2.

HANSON, Shirly May Harmon – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**. Teoria, Prática e Investigação. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2005.497 p. ISBN 972-8383 -83-5.

JESUS, E. **Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2006.

KOLCABA, Katharine – **Comfort Theory and Practice -A Vision For Holistic Health Care and Research**. Springer Publishing Company, Inc. New York.2003.265 p. ISBN 0-8261-1663-7.

LOPES, Vera; MADEIRA, Vera – **Processos de Formação Na e PARA a Prática de Cuidados**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.2007.207 p. ISBN 978-972-8930-35-6.

MARGATO, Rui Manuel Jarró; OLIVEIRA, Tânia Catarina Saraiva – Os idosos e o *stress* dos cuidadores. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844 (Janeiro, 2009) 44-49.

MENDONÇA, Susana S. - **Competências Profissionais dos Enfermeiros - a excelência do Cuidar**.1ª edição. Editorial Novembro, 2009.166p. ISBN 978-989-8136-34-3.

OIVEIRA, José Henriques Barros de – **Psicologia do Envelhecimento e do Idoso**.3ª edição. Legis Editora, Edições de Psicologia.2008.149p.ISBN 978-989-8148-06-3.

OLIVEIRA, José Henriques Barros de – **Psicologia do Idoso**. Temas Complementares. Legis Editora.2008.144p.ISBN 978-989-8148-07-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades em Enfermagem**. Março de 2007.21 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Competência do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2001.

PAIXÃO, Hugo; Monteiro, Rui Miguel – Formação em serviço. Das motivações aos contributos para o desenvolvimento profissional. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. 87 (Novembro 2009) 41-43.

SOUSA, Maria Augusta – Enfermagem e direitos humanos. **Revista Ordem dos Enfermeiro**. Lisboa. ISSN: 1646-2629. 31 (Dezembro 2008) 9-11.

SOCIEDADE PORTUGUESA De PNEUMOLOGIA – **Protocolo de colaboração no âmbito da Asma, Doenças alérgicas e DPOC**. Boletim da Sociedade Portuguesa de Pneumologia n.º56, 2006.

SILVA, João Fernandes – **Quando a vida chegar ao fim**. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.2006.332p.ISBN 972-8930-25-9.

TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2004.750p. ISBN: 972-8383-74-6.

Universidade Católica Portuguesa: **Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos**. Lisboa, 2007.

UCP-ICS/ESPS – Enfermagem – Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional – **Regulamento Geral**, 2007.14p.

VIEIRA, M – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. 2ª edição. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda, 2008.158p. ISBN 978-972-54-0195-8.

WATSON, Jean – **Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma da enfermagem**. Lusociência. 2002. ISBN: 972-8383-37-1

ANEXOS

ANEXO I – Comprovativo do Exercício na UCI

ANEXO II – Síndromes Coronárias Agudas e Boas Práticas de Cuidados



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE



Mestrado de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica 2008/2010

SÍNDROMES
CORONÁRIOS
AGUDOS

Orientadora: Enf. Patrícia Pontífice

Discente: Cristina Paula Pegado

Lisboa

INDICE

0. INTRODUÇÃO.....	65
1- SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	67
1.1- ANATOMIA E FISIOLOGIA CARDÍACA	67
1.2- CAMADAS CARDÍACAS	67
1.3- PROPRIEDADES DAS CÉLULAS CARDÍACAS.....	68
1.4- SISTEMA DE CONDUÇÃO	68
1.5- CIRCULAÇÃO CORONÁRIA	70
2. SINDROMES CORONÁRIAS AGUDAS (SCA).....	72
2.1- ISQUÊMIA MIOCÁRDICA.....	74
2.2- LESÃO MIOCÁRDICA	76
2.3- ENFARTE DO MIOCÁRDIO	77
2.3.1- Classificação dos Enfartes	79
3. FISIOPATOLOGIA DAS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS	80
3.1- TIPOS DE PLACAS.....	81
3.2- FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA A RUPTURA DA PLACA VÚLNERAVEL.....	82
4. DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DO RISCO.....	84
4.1- MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	84
4.2- MEIOS DE DIAGNÓSTICO	86
5. ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO	89
5.1- FARMACOS UTILIZADOS NAS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS.....	89
5.1.1 Agentes Anti-isquêmicos	89
5.1.2 Anticoagulantes	91
5.1.3 Agentes Antiplaquetários.....	92

5.2 – ESCOLHA DA MELHOR ESTRATÉGIA.....	95
5.2.1 Avaliação Inicial	95
5.2.2 Validação do diagnóstico e avaliação do risco.....	95
5.2.3 Estratégia Invasiva	95
5.3. TRATAMENTO DAS SÍNDROMES CRONÁRIAS AGUDAS SEM ELEVAÇÃO ST OU ANGINA INSTÁVEL	96
5.4. TRATAMENTO ENFARTE DO MIOCÁRDIO COM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST	97
5.4.1 Fibrinólise	98
5.4.2 Intervenção Coronária Percutânea Primária	99
7. REFERÊNCIAS	101
ANEXO II / I – FARMACOS UTILIZADOS NOS SÍNDROMES CORONÁRIOS AGUDOS	102

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de condução.....	9
Figura 2: Vasos Sanguíneos Coronários.....	11
Figura 3: Sítios comuns da dor anginosa.....	13
Figura 4: Espectro das síndromes coronárias agudas.....	14
Figura 5: A- Segmento TP para determinação de desnivelamento do segmento ST; B- Elevação do segmento ST; C- Infradesnivelamento do segmento ST.....	15
Figura 6: A - elevação do segmento ST, forma de cara feliz (concavidade ascendente, é benigna em doentes assintomático). B - elevação do segmento ST em forma de cara triste (concavidade ascendente), está associada a padrão de lesão aguda.....	16
Figura 7: Zonas de isquémia, lesão e enfarte, com traçados de ECG e mudanças recíprocas correspondentes a cada zona.....	17
Figura 8: Evolução do supra desnivelamento do segmento ST no enfarte do miocárdio no ECG.....	18
Figura 9: Localizações possíveis de enfarte na parede ventricular.....	19
Figura 10: Camadas da parede dos vasos sanguíneos.....	21
Figura 11: Dissolução do coágulo sob acção dos fibrinolíticos.....	22
Figura 12: Diferentes formas de elevação do segmento ST enfarte do miocárdio.....	26
Figura 13: Algoritmo de desconforto torácico isquémico.....	34

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, integrado na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico – Cirúrgica, surge a elaboração do presente trabalho subordinado ao tema “Síndromes Coronárias Agudas”, que resulta dum estágio profissionalizante realizado no Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier.

Cada vez mais se considera que a formação em contexto de trabalho está ligada à experiência e ao desenvolvimento de capacidades e competências, uma vez que *“a revalorização e redescoberta do potencial formativo das situações de trabalho, propiciam a produção de estratégias, dispositivos e práticas de formação que valorizam fortemente a aprendizagem por via experiencial e o papel central de cada sujeito num processo de auto-construção como pessoa e como profissional”* (CANÁRIO, 1997, p.10) é nesta assunção que gostava de contribuir, ainda que de forma modesta, na formação dos pares.

A opção por este tema resultou da identificação de uma necessidade sentida por alguns enfermeiros do serviço. Por um lado visa contribuir para a melhoria das boas práticas de cuidados prestados ao doente de médio e de alto risco que recorre a este serviço e por outro lado, pretende dar resposta ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e pelo Regulamento Geral, do Mestrado em Enfermagem, de natureza profissionalizante, da Especialidade Médico-Cirúrgica.

Constata-se que as pessoas vivem mais tempo, mas essa longevidade está marcada por doenças crónicas e incapacitantes relacionadas com o processo de envelhecimento e que dificultam a preservação da autonomia e da independência.

A população está a envelhecer e a doença cardiovascular é um processo degenerativo, progressivo, em que a prevalência é maior nos idosos.

A prevenção das doenças cardiovasculares baseia-se no controle dos factores de risco. Estes podem ser modificáveis ou não. Os primeiros incluem a hipertensão, dislipidémia, tabagismo, diabetes, falta de exercício físico, obesidade e a síndrome metabólica. Os segundos relacionam-se a hereditariedade, a raça, o género e a idade.

Também existem factores de risco que contribuem para a doença cardiovascular, entre eles, o *stress*, os marcadores inflamatórios, os factores psicossociais e o consumo de álcool.

As doenças cardiovasculares são actualmente a principal causa de morte nos países industrializados. Destas, a doença arterial coronária constitui a manifestação mais prevalente, estando associada a altos níveis de mortalidade e morbilidade.

Parece que, a caminhada que se avizinha envolve tornar possível a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

O American College of Cardiology (ACC), a American Heart Association (AHA) e a European Society of Cardiology (ESC) têm vindo a desenvolver esforços no sentido da melhoria dos cuidados prestados ao doente cardíaco. Esse esforço passou pela elaboração de recomendações clínicas práticas baseadas na evidência disponível.

Perante a evolução técnica e científica e em particular na área da investigação laboratorial houve necessidade de redefinir conceitos, nomeadamente o de Enfarte do Miocárdio.

O presente trabalho fundamenta-se, principalmente, nas orientações preconizadas pela European Society of Cardiology de 2007 e que são apoiadas pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

1- SISTEMA CARDIOVASCULAR

1.1- ANATOMIA E FISIOLOGIA CARDÍACA

O coração situa-se na cavidade torácica anterior, posteriormente ao esterno. O esófago, a aorta, a veia cava e a coluna vertebral são estruturas retro-cardíacas. O coração situa-se, de tal forma, que o ventrículo direito (VD) constitui a maior parte da sua superfície inferior e anterior, o ventrículo esquerdo (VE) constitui as superfícies antero-lateral e posterior.

A base do coração é constituída pela sua parte superior incluindo raiz da aorta, veia cava e veias pulmonares e vértice inferior (apex).

O coração encontra-se envolvido por um saco fibroso, com líquido, o pericárdio. É o líquido pericárdico que o lubrifica e evita o atrito durante a contracção cardíaca.

1.2- CAMADAS CARDÍACAS

O coração é constituído por três camadas distintas, da mais externa para a mais interna:

1. **Epicárdio** que serve de superfície visceral do pericárdio.
2. **Miocárdio** que é uma espessa camada muscular. Contém todas as fibras musculares auriculares e ventriculares necessárias à contracção, que têm uma organização distinta, tornando a força contráctil mais eficiente ao ejectar o sangue para os vasos sanguíneos com movimentos de torção.
3. **Endocárdio** que constitui uma fina camada de endotélio e tecido conjuntivo que reveste os vasos sanguíneos, câmaras cardíacas, músculos papilares e válvulas. Também serve de superfície às válvulas cardíacas.

1.3- PROPRIEDADES DAS CÉLULAS CARDÍACAS

As células cardíacas são as miocárdicas, que têm como função primária promover a contracção e o relaxamento miocárdico, e as células marca-passo, que se encontram no sistema de condução eléctrica com a função de gerar e conduzir os impulsos eléctricos.

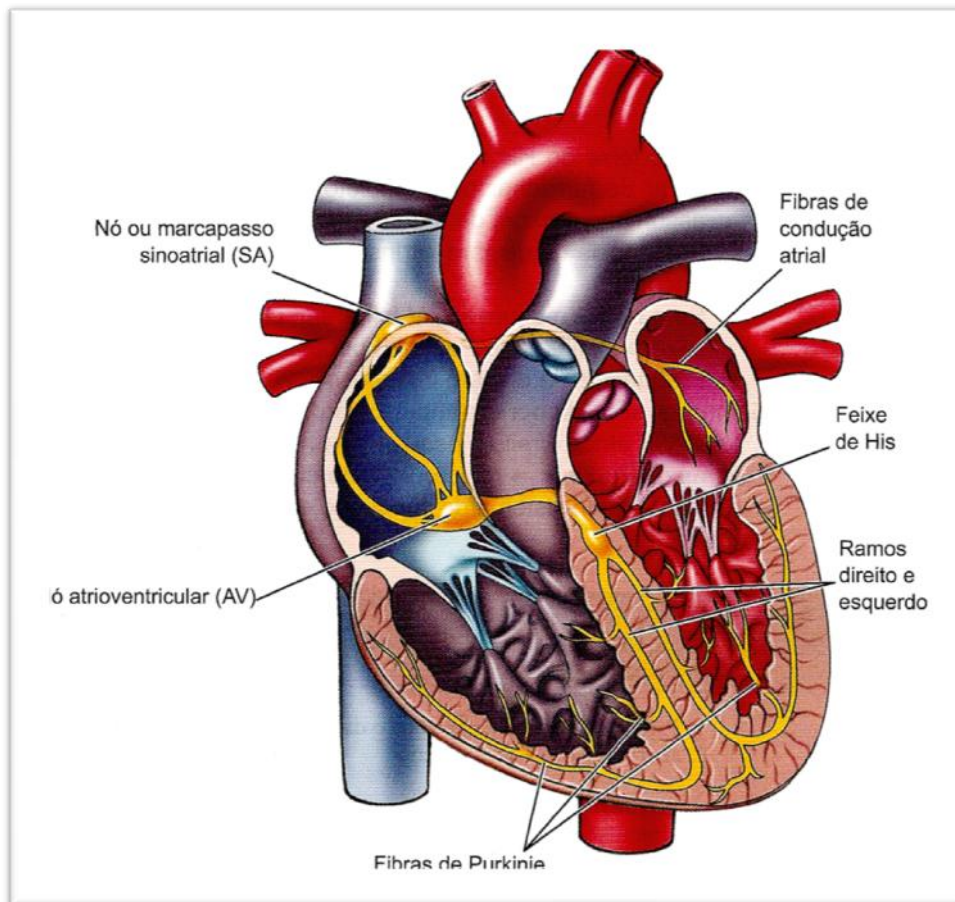
Desta forma, podemos encontrar propriedades como:

1. AUTOMACIDADE - Capacidade das células marca-passo iniciarem espontaneamente um impulso eléctrico sem estimulação de outra fonte. O nóculo sino-auricular (SA), o nóculo aurículo-ventricular (AV) e as fibras de Purkinje têm essas características.
2. EXCITABILIDADE - Capacidade das células do músculo cardíaco responderem a um estímulo externo (fonte química, mecânica ou eléctrica). Todas as células cardíacas têm esta característica.
3. CONDUTIVIDADE – Capacidade de uma célula cardíaca receber um estímulo eléctrico e conduzir o impulso para a próxima célula. Todas as células cardíacas têm esta propriedade.
4. CONTRACTILIDADE – Capacidade das células cardíacas encolherem-se, originando a contracção do músculo em resposta a um estímulo eléctrico. A contractilidade pode ser influenciada por fármacos como os digitálicos, dopamina e epinefrina.

1.4- SISTEMA DE CONDUÇÃO

O nóculo sino-auricular (SA) tem um automatismo mais elevado (com despolarização espontânea de 60 a 100 vezes por minuto). Os impulsos gerados neste nóculo são conduzidos até ao nóculo aurículo-ventricular (AV) pelos feixes de Bachmann, Bundle, Wenckebach e Thorel. No nóculo aurículo-ventricular há um ligeiro atraso na condução do impulso, o que permite a conclusão da contracção auricular, antes da estimulação ventricular. O impulso eléctrico é transmitido do nóculo aurículo-ventricular para os ventrículos, pelas ramificações dos feixes direito e esquerdo, do feixe de His. Os feixes

terminam em fibras de Purkinje que conduzem o impulso ao músculo ventricular,



provocando a contração ventricular.

Fig. 1 – Sistema de condução

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.127

VIA NORMAL DE UM IMPULSO CARDÍACO:

Nódulo SA → AD e AE → Nódulo AV → Feixe de His → ramos direito e esquerdo →
Fibras de Purkinje → miocárdio ventricular

1.5- CIRCULAÇÃO CORONÁRIA

A oxigenação do músculo cardíaco é feita com sangue proveniente da circulação coronária.

As artérias coronárias têm origem nos seios de Valsava, direito e esquerdo e válvula aórtica.

As artérias coronárias principais localizam-se na superfície do Epicárdio do coração, ramificam-se em vasos progressivamente mais pequenos, tornando-se em arteríolas e capilares.

Ramos das artérias coronárias principais invadem a massa muscular cardíaca e perfundem o sub- endocárdio e enchendo-se durante a diástole ventricular.

Assim:

ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA (ACD) - Origina-se no lado direito da aorta. Atravessa o sulco entre a aurícula direita e o ventrículo direito.

⇒ *Bloqueio da ACD pode resultar em EAM da parede inferior e/ou em distúrbios na condução do nóculo AV.*

ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA (ACE) - Origina-se do lado esquerdo da aorta. Primeira parte designa-se por artéria coronária principal esquerda e supre com sangue rico em oxigénio e nutrientes os seus dois principais ramos: **Artéria Descendente Anterior Esquerda (DAE)** e **Artéria Circunflexa Esquerda (LCx)**. Os principais ramos da DAE são as artérias septal e diagonal.

⇒ *Bloqueio do ramo septal da DAE pode resultar num EM Septal.*

⇒ *Bloqueio do ramo diagonal da DAE pode resultar num EM da parede anterior.*

⇒ Bloqueio da DAE pode resultar em insuficiência de bomba e/ou atrasos na condução intraventricular.

Artéria Coronária Circunflexa Esquerda (LCx) -circunda o lado esquerdo do coração. Está no Epicárdio na parte posterior do coração.

⇒ Bloqueio da artéria LCx pode resultar num EM da parede lateral.

Nalguns doentes a artéria coronária circunflexa pode suprir a parte inferior do ventrículo esquerdo. Um EM pode dar-se por bloqueio da ACD ou da LCx.

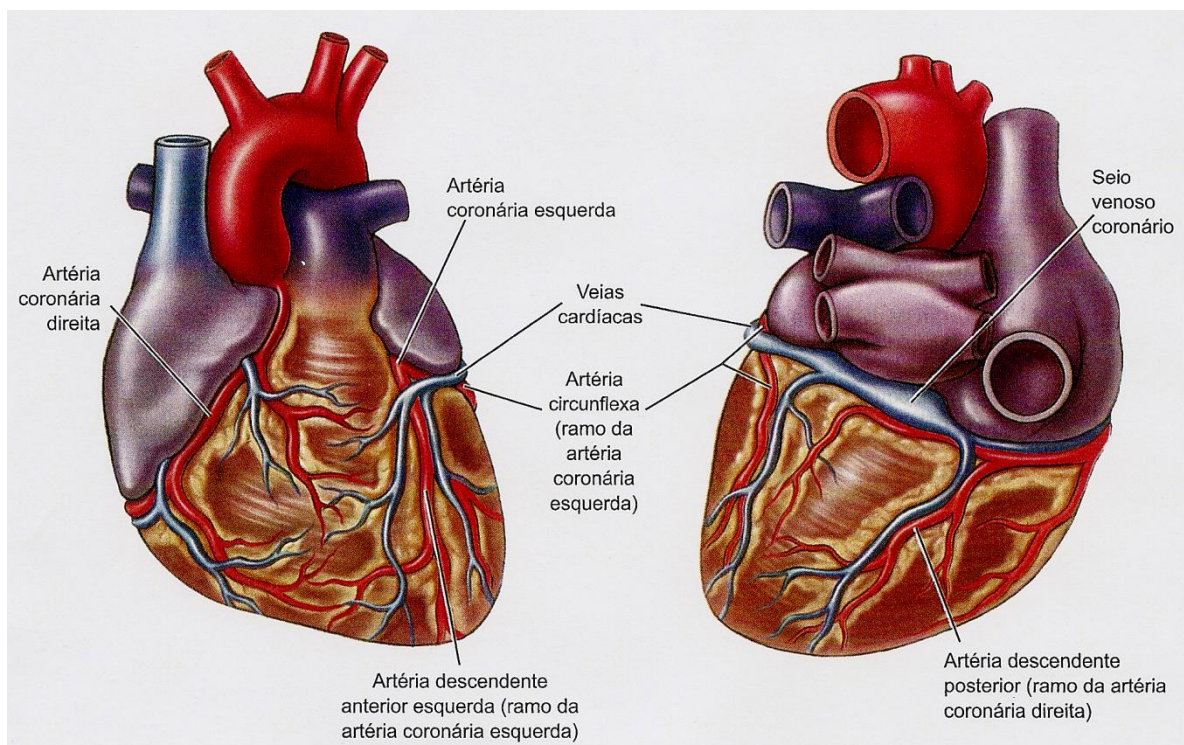


Fig. 2 – Vasos sanguíneos Coronários

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.121

2. SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS (SCA)

A doença das artérias coronárias (DAC) é uma doença progressiva e insidiosa, que conduz ao seu estreitamento ou oclusão completa.

A doença coronária envolve dois processos, a *aterosclerose* (processo estático e quase irreversível) e a *trombose ou vaso espasmo* (processo dinâmico e potencialmente reversível) que provoca de forma súbita e imprevisível uma oclusão coronária rápida completa ou parcial.

As causas das doenças coronárias podem ser a aterosclerose, a trombose, o espasmo, a dissecção coronária ou a formação de aneurismas.

Segundo ALBUQUERQUE E CABRAL (2008,p.203) "a Síndrome Coronária Aguda (SCA) constitui um diagnóstico operacional e provisório, baseia-se:

- ⇒ Na probabilidade de existência de doença arterial coronária, ou seja, probabilidade do quadro clínico ser por isquémia aguda do miocárdio.
- ⇒ No risco cardiovascular provável, em função da gravidade do quadro clínico, hemodinâmico e laboratoriais.

As síndromes coronárias agudas (SCA) são condições provocadas por uma obstrução permanente ou transitória de uma artéria coronária. Esta situação varia deste a isquémia, Lesão Miocárdica ou Enfarte do Miocárdio (necrose) do músculo cardíaco.

Os sinais e sintomas e desfecho clínico do doente dependem de:

- Quantidade de músculo cardíaco perfundido pela artéria afectada.
- Gravidade e duração da isquémia miocárdica.
- Instabilidade eléctrica do miocárdio isquémico.
- Grau e duração da obstrução da artéria coronária.

- Presença e extensão ou ausência de circulação colateral.

As diferentes formas de apresentação das síndromes coronárias agudas têm um ponto de partida comum. O principal sintoma que desencadeia o processo de diagnóstico e a decisão terapêutica é a *dor torácica*, no entanto a classificação dos doentes fundamenta-se no electrocardiograma (ECG)

O ECG pode apresentar:

1. Infradesnívelamento ST > 0,5mm (situação com pior prognóstico);
2. Inversão das ondas T (pior prognóstico se inversão simétrica > 5mm, ou outras alterações da onda T);
3. BRE antigo;
4. ECG “ ilegível ” (HVE, WPW, *pacemaker*);
5. ECG normal.

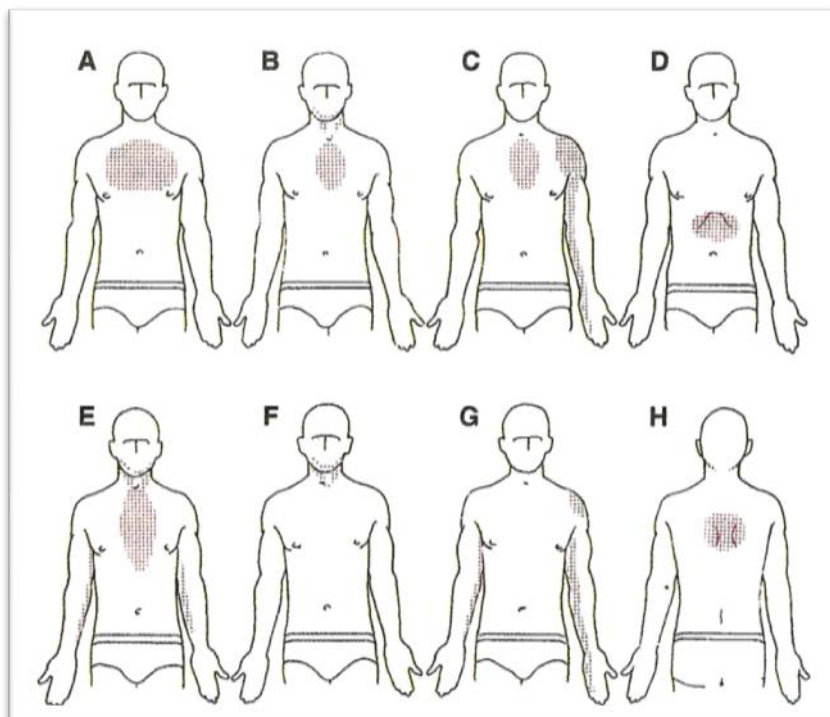


FIG. 3 – Sítios comuns da dor anginosa

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.310

As Síndromes Coronárias Agudas, relativamente ao diagnóstico final e de acordo AEHLERT (2007, p.304) “*incluem a Angina Instável (AI), Enfarte do Miocárdio Sem*

Elevação do Segmento ST (EMSEST), Enfarte do Miocárdio Com Elevação do Segmento ST (EMCEST) ”.

A Morte Súbita Cardíaca (MSC) que pode ocorrer em qualquer das situações supracitadas.

2.1- ISQUÉMIA MIOCÁRDICA

A isquémia cardíaca surge quando o aporte de oxigénio aos tecidos é insuficiente para suprir as necessidades metabólicas, (como acontece com os espasmos das artérias coronárias) ou quando há um aumento súbito das necessidades de oxigénio, (como acontece com o exercício físico).

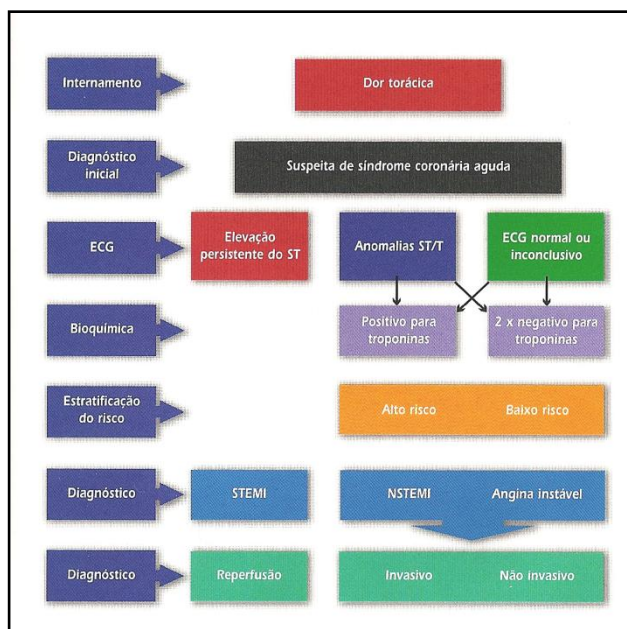
Quando se dá uma obstrução permanente ou transitória numa artéria coronária, o suprimento de sangue para o miocárdio fica prejudicado.

A isquémia pode ser um processo transitório, ou se restabelece o equilíbrio entre as necessidades e o aporte e o miocárdio recupera, ou o desequilíbrio é tal, que o tecido muscular cardíaco necrosa.

Quando as necessidades de oxigénio do miocárdio excedem o fornecimento proveniente da circulação coronária surge o desconforto torácico ou sintomas relacionados. O principal sintoma é a **dor torácica**, no entanto, a avaliação e classificação dos doentes baseia-se no electrocardiograma a (ECG), na medida, em que a isquémia afecta as células cardíacas

responsáveis pela contracção, produção e condução dos impulsos eléctricos.

Fig. 4 - Espectro das síndromes coronárias agudas



Fonte: Recomendações da European Society of Cardiology, 2007, p. 7

A depressão do segmento ST é sugestiva de isquemia miocárdica.

As alterações do ECG são significativas quando são observadas em pelo menos duas derivações contíguas, ou seja, quando mostram a mesma parede do coração ou se são numericamente consecutivas nas derivações precordiais.

O ECG pode apresentar:

6. Infradesnívelamento $ST > 0,5\text{mm}$ (situação com pior prognóstico);
7. Inversão das ondas T (pior prognóstico se inversão simétrica $> 5\text{mm}$, ou outras alterações da onda T);
8. BRE antigo;
9. ECG “ilegível” (HVE, WPW, pacemaker);
10. ECG normal.

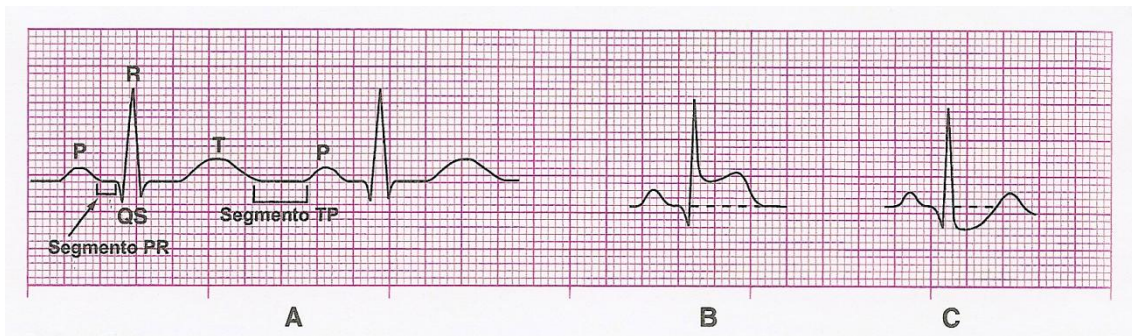


Fig. 5 – A- Segmento TP para determinação de desnívelamento do segmento ST; **B-** Elevação do segmento ST; **C-** Infradesnívelamento do segmento ST.

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.318

Os doentes apresentam-se com:

⊗ Com **dor torácica aguda e elevação persistente (> 20 minutos) do segmento ST**, denomina-se **SCA com elevação do ST (SCAEST)**, supõe uma oclusão coronária total aguda. A maioria destes doentes irá desenvolver um Enfarte do Miocárdio com Elevação do Segmento ST (EMCEST). O objectivo do tratamento é fazer uma

reperfusão rápida, completa e mantida através da angioplastia primária ou terapêutica fibrinolítica

☹ Com **dor torácica aguda mas sem elevação persistente do segmento ST**, podem apresentar depressão do segmento ST persistente ou transitória ou inversão da onda T, ondas T planas, pseudo-normalização das ondas T, ou ainda, ausências de alterações no ECG. Nestes doentes pretende-se aliviar a isquémia e sintomas, monitorizar o doente com ECG em série e repetir marcadores de necrose miocárdica (MNM).

O diagnóstico inicial de **SCA Sem Elevação do Segmento ST (SCASEST)**, baseado na avaliação das troponinas passa a ser **qualificado como Enfarte do Miocárdio Sem Elevação do Segmento ST (EMSEST)**, quando há necrose miocárdica ou **Angina Instável quando ela não está presente**.

Actualmente, segundo ALBUQUERQUE E CABRAL (2008,p.204) *”as SCA sem elevação ST são mais frequentes do que o EMCEST”*.

2.2- LESÃO MIOCÁRDICA

O miocárdio lesado é constituído por tecido danificado mas potencialmente viável. Face ao deficiente aporte sanguíneo, a repolarização das células está alterada, é incompleta.

A lesão miocárdica pode ser extensa e provocar diminuição da função de bomba ou da condutividade eléctrica das células afectadas.

No ECG, a lesão miocárdica em evolução é constada pela elevação do segmento ST nas derivações relacionadas com a área afectada.

A elevação ST em forma de ”sorriso” (convexa) geralmente é benigna, em doentes assintomáticos e saudáveis, no entanto, uma elevação ST côncava do segmento ST é considerada como padrão de lesão isquémico agudo.

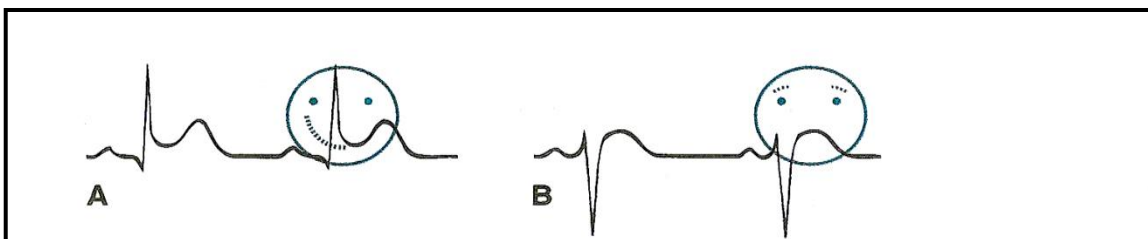


Fig. 6 – A, elevação do segmento ST, forma de cara feliz (concavidade ascendente, é benigna em doentes assintomático). **B**, elevação do segmento ST em forma de cara triste (concavidade ascendente), está a associada a padrão de lesão aguda.

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.140.

2.3- ENFARTE DO MIOCÁRDIO

Caracteriza-se por danos irreversíveis e necrose do miocárdio, secundária a uma diminuição súbita ou mesmo à interrupção do aporte sanguíneo coronário a uma determinada área do miocárdio. Para COSTA (2005, 37) “*a redefinição clínica de EAM engloba todas as necroses miocárdicas provocadas por isquemia, seja qual for o seu tamanho*”.

O enfarte surge com maior frequência no ventrículo esquerdo e a oclusão é a principal responsável pela necrose do miocárdio, quando ocorre em vasos que não desenvolveram circulação colateral.

O Enfarte do Miocárdio é mais comum em doentes com doença de múltiplos vasos.

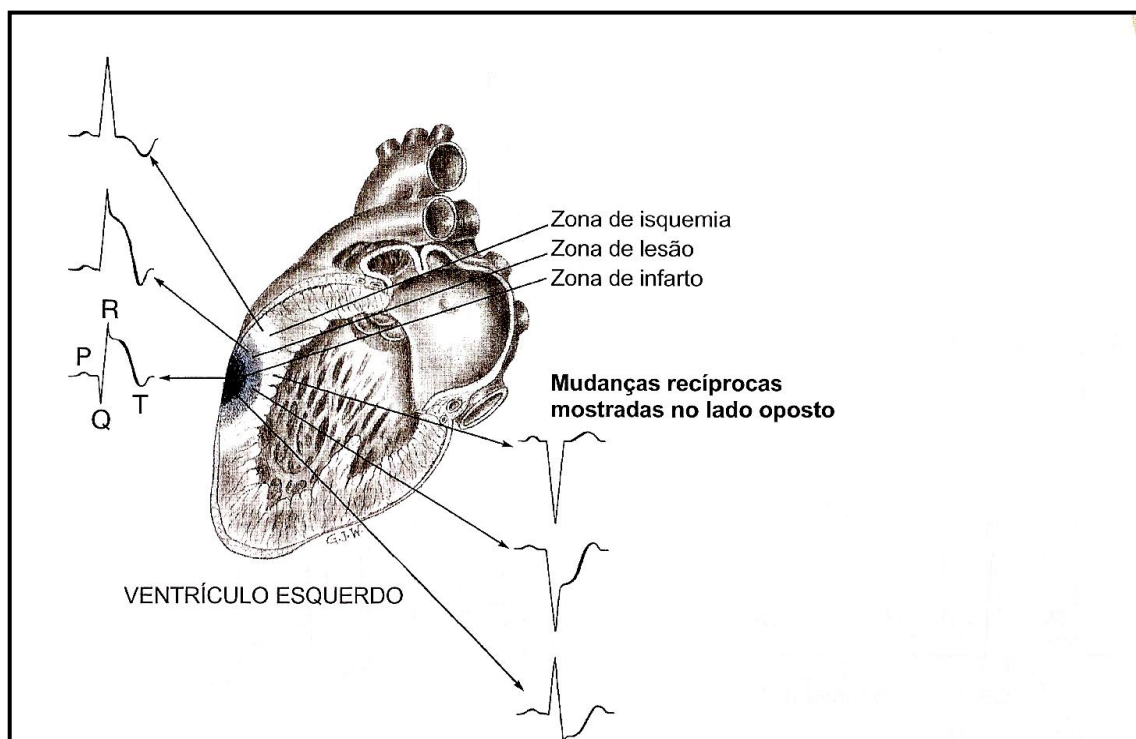


Fig. 7 – Zonas de isquemia, lesão e enfarte, com traçados de ECG e mudanças recíprocas correspondentes a cada zona.

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.317.

O diagnóstico de Enfarte Miocárdio no ECG é feito através das mudanças da morfologia dos complexos QRS, onda T e segmento ST, também se baseia na confirmação de necrose celular, e pressupõe:

- Elevação e descida subsequente de marcadores de necrose miocárdica (MNM) no sangue circulante. A troponina (I ou T) é o MNM preferido, mas pode não ser detectável na circulação sistêmica nas primeiras 4 a 6 horas do início do enfarte.
- Pelo menos um dos seguintes:
 1. Sintomas de isquemia aguda do miocárdio;
 2. Alterações morfológicas do ECG “de novo” (alterações ST ou BRE);
 3. Aparecimento de ondas Q patológicas no ECG;
 4. Alterações “de novo” em testes de imagem (ecocardiograma).

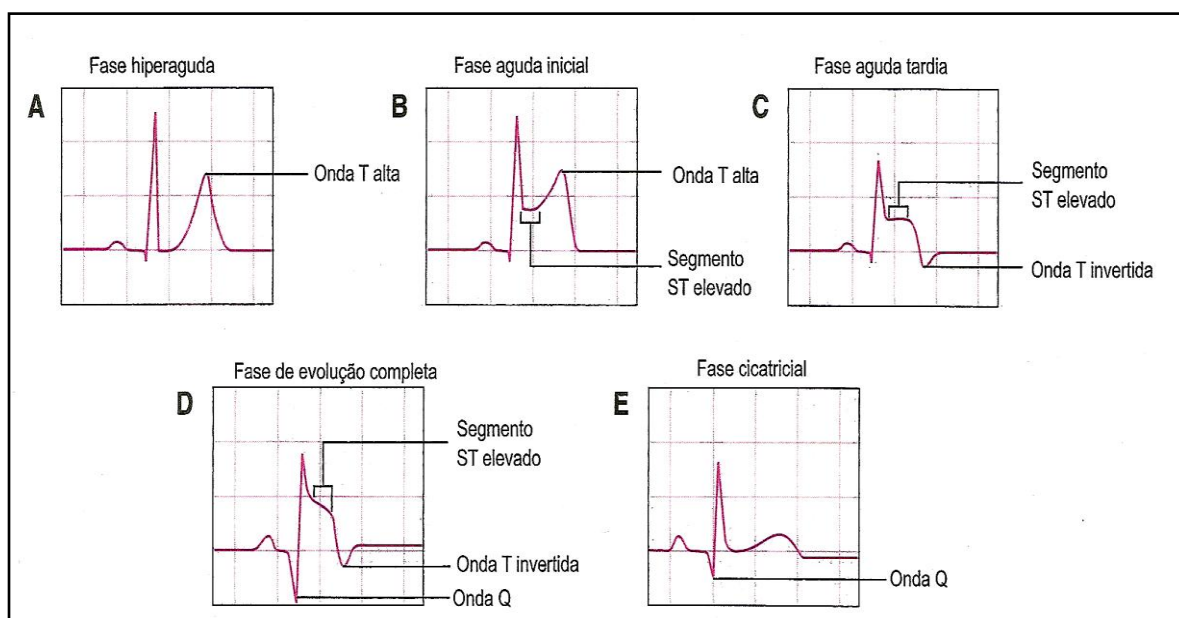


Fig.8 – Evolução do supra desnivelamento do segmento ST no enfarte do miocárdio no ECG.

2.3.1- CLASSIFICAÇÃO DOS ENFARTES

Os enfartes classificam-se de acordo com a sua localização na superfície do miocárdio e com as camadas musculares atingidas. Assim serão:

⇒ **ENFARTES TRANSMURAIS** quando envolvem as 3 camadas musculares (Endocárdio, miocárdio e Epicárdio). Ao provocarem uma espessa necrose conduzem a alterações da função ventricular esquerda. Na fase pós enfarte uma fracção de ejeção de 40% é sinal de bom prognóstico.

No ECG, o enfarte transmural revela:

1. Despolarização do complexo QRS - aparecimento de novas ondas Q, mais profundas e mais largas que o normal.
2. Repolarização complexo ST-T- dá-se na fase aguda e na fase evolutiva.

⇒ **ENFARTES NÃO-TRANSMURAIS** classificam-se em:

- *SUB-ENDOCÁRDICOS* quando envolvem o Endocárdio e o miocárdio. São os enfartes não-transmurais mais frequentes, dada a maior necessidade de oxigénio do endocárdio relativamente ao epicárdio. No ECG, a isquémia subendocárdica mais encontrada é a depressão do segmento ST. Neste tipo de enfarte não se vêem ondas Q anormais e a progressão da onda R é normal.
- *SUB-EPICÁRDICOS* quando envolvem o miocárdio e o epicárdio.

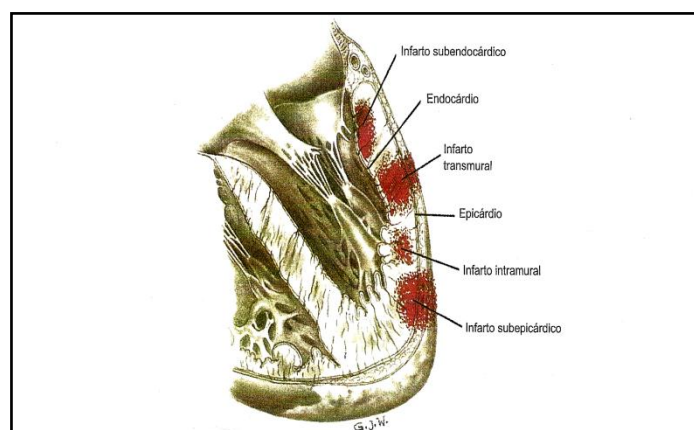


Fig. 9 – Localizações possíveis de enfarte na parede ventricular

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p312.

3. FISIOPATOLOGIA DAS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS

A Síndrome Coronária Aguda (SCA) nas suas diferentes manifestações clínicas tem um aspecto comum, que consiste na ruptura ou erosão da placa arteriosclerótica instável, com diferentes graus de trombose sobreposta e embolia distal, o que conduz a uma deficiente perfusão do miocárdio.

Raramente as SCA têm uma causa não-aterotrombótica, como a arterite, traumatismo, dissecação, embolismo, anomalias coronárias congénitas, abuso de cocaína.

Portanto a causa mais comum de uma Síndrome Coronária Aguda é a ruptura de uma placa arteriosclerótica.

A **arteriosclerose** é uma doença crónica do sistema arterial caracterizada pelo espessamento e enrijecimento anormal das paredes dos vasos.

A **aterosclerose** é uma forma de arteriosclerose em que o espessamento e enrijecimento das paredes dos vasos deve-se a material gorduroso na camada interna de artérias musculares de médio e grandes calibres. À medida que os depósitos de gordura se acumulam o lúmen da artéria vai-se estreitando e o fluxo de sangue para o músculo diminui.

As artérias são formadas por três camadas:

1. **Camada mais externa** - *túnica adventícia* - que tem a função de ajudar a manter o vaso aberto.
2. **Camada intermédia** – *túnica média* - que é envolvida por músculo liso e enervada por fibras do sistema nervoso autónomo que permitem a constrição e o relaxamento do vaso. As células musculares lisas mantêm o tónus vascular e regulam o fluxo sanguíneo regional de acordo com as necessidades do organismo. Estas células têm também a capacidade de produzir colagénio, elastina e outras substâncias importantes na formação de placas arterioscleróticas.

3. **Camada mais interna – túnica íntima** – que consiste em endotélio que reveste o sistema vascular. O endotélio é uma camada única de células em contacto directo com o sangue. A íntima está mais exposta ao risco de lesão por factores como a hipertensão, dislipidémia, tabagismo e diabetes.

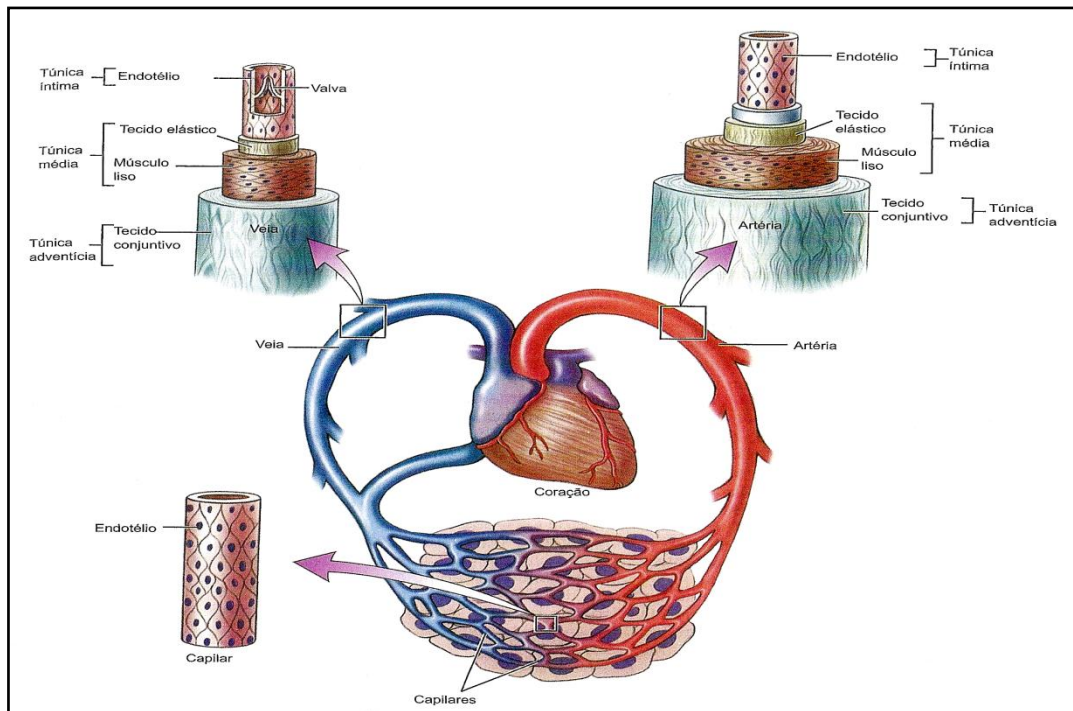


Fig. 10 – Camadas da parede dos vasos sanguíneos.

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p304.

3.1- TIPOS DE PLACAS

As placas arterioscleróticas são diferentes na sua constituição, vulnerabilidade à ruptura e tendência a formar coágulos

Assim as placas podem ser:

- **Estáveis**, são pouco propensas à ruptura, pois são formadas por tecido rico em colagénio, que é rígido. No entanto, à medida que as placas aumentam de tamanho a artéria pode ficar gravemente obstruída. A obstrução completa da artéria pode provocar um EM, no entanto, a placa aumenta em tamanho ao longo de meses ou anos podendo estabelecer-se circulação colateral de outros vasos,

que vão permitir um fluxo sanguíneo até ao miocárdio. Esta circulação colateral pode evitar um EM, apesar da obstrução total da artéria.

- **Instáveis ou vulneráveis**, são moles e têm uma fina camada fibrosa ao redor do centro lipídico, separando-a do interior da artéria, se a capa fibrosa se rompe o conteúdo da placa fica exposto ao fluxo de sangue. Rapidamente se forma um coágulo, as plaquetas agregadas produzem substâncias químicas, incluindo tromboxano A2, que estimulam a vasoconstrição reduzindo o fluxo de sangue ao miocárdio.

A aspirina (agente antiplaquetário) bloqueia a produção de tromboxano A2, retardando a agregação plaquetária e diminuindo o risco de obstrução completa do vaso.

O fibrinogénio liga-se às plaquetas, produzindo-se trombina, formando-se a fibrina, produzindo-se então um coágulo.

A fibrinólise vai permitir a destruição de coágulos através de fibrinolíticos que estimulam a conversão do plasminogénio em plasmina, que dissolve o coágulo.

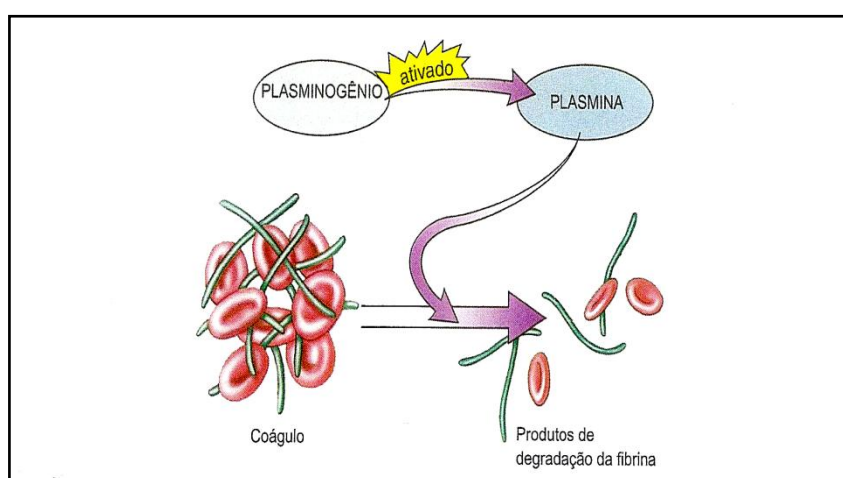


Fig. 11 – Dissolução do coágulo sob ação dos fibrinolíticos

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.308.

3.2- FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA A RUPTURA DA PLACA VÚLNERAVEL

- Actividade física intensa, especialmente em pessoas que não está habituada.

- Stress emocional intenso.
- Actividade sexual.
- Uso de drogas ilícitas.
- Infecção aguda.
- Espasmo coronário no local da placa.
- Efeito dos factores de risco como a hipertensão arterial, a dislipidémia.

Qualquer artéria pode desenvolver aterosclerose (artérias coronárias) e pode ocorrer angina ou sinais e sintomas mais sérios; se as artérias das pernas são envolvidas surge a doença vascular periférica acompanhada de dor nas pernas – claudicação; se são envolvidas as artérias que envolvem o cérebro surge a doença arterial carotídea e pode ocorrer o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou um Acidente Isquémico Transitório (AIT).

Assim:

Ruptura da placa arteriosclerótica ⇒ vasoconstrição ⇒ activação e agregação das plaquetas ⇒ activação do sistema de fibrina ⇒ formação do coágulo ⇒ oclusão do lúmen da artéria (parcial ou total) ⇒ isquémia ou enfarte.

4. DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DO RISCO

Só o quadro clínico não permite diferenciar entre Enfarte do Miocárdio (com ou sem supra desnivelamento ST) e Angina instável. *Doentes idosos, Insuficientes Renais, diabéticos ou do sexo feminino têm quadros atípicos, mesmo sem dor.*

Deve-se considerar diagnósticos diferenciais, como síndrome aórtico aguda, tamponamento cardíaco, PneumoTórax hipertensivo, Tromboembolismo pulmonar maciço, ruptura esofágica.

O diagnóstico de Síndrome coronário Agudo é baseado na história clínica, sinais e sintomas, factores de risco, ECG de 12 derivações, marcadores cardíacos.

Durante o estabelecimento do diagnóstico da Síndrome Coronário Agudo e exclusão de outros diagnósticos diferenciais, o risco deve ser continuamente analisado e servir de orientação para a intervenção terapêutica.

O *Trombolysis in Myocardial Infarction Risk Score* (TIMI) é calculado na história clínica, sinais e sintomas clínicos de isquémia ou falência cardíaca, resultados laboratoriais ou electrocardiograma.

A EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (2007) citada pela REVISTA PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (2008, p.1168) considera que “*os doentes com SCASEST têm um alto risco de Enfarte do Miocárdio, recorrência de Enfarte do Miocárdio ou morte*”.

4.1- MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Uma diferenciação fiável entre SCA com ou sem elevação ST não pode ser feita baseada em sintomas.

Os sintomas típicos do SCASEST são:

- Pressão ou peso retroesternal (angina), irradiando para o braço esquerdo, pescoço ou maxilar inferior, que pode ser intermitente (normalmente com duração de vários minutos) ou persistente;
- Diaforese;
- Náusea;
- Dor abdominal;
- Dispneia;
- Síncope.

No entanto, podem aparecer manifestações atípicas, que podem incluir:

- Dor epigástrica.
- Indigestão de aparecimento recente.
- Dor torácica penetrante.
- Dor torácica de características pleuríticas.
- Dispneia crescente.

As *queixas atípicas* surgem em doentes mais jovens (25 a 40 anos) e mais idosos (> 75 anos), em Mulheres, em doentes com Diabetes, com Insuficiência Renal Crónica ou Demência.

O agravamento dos sintomas associados ao esforço físico ou a sua redução em repouso ou após administração de Nitratos é sugestivo de isquémia.

Os sintomas em repouso são preditores de um prognóstico mais grave dos que se manifestam apenas durante o esforço físico.

Perante um doente sintomático existem diferentes evidências clínicas sugestivas de Doença Coronária e como tal, de SCASEST. São eles a idade avançada, ser do sexo masculino, ter aterosclerose conhecida noutros territórios, ter factores de risco como Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal ou manifestações anteriores de Doença Coronária (Enfarte Miocárdio anterior, Intervenção Coronária Percutânea ou Cirurgia de Revascularização Coronária). Todos eles aumentam a probabilidade de SCASEST.

É fundamental a identificação das situações clínicas que podem agravar ou precipitar a SCASEST, nomeadamente a anemia, a hipertremia, a infecção, a inflamação e as disfunções metabólicas ou endócrinas (em especial da tiróide).

4.2- MEIOS DE DIAGNÓSTICO

- **EXAME FÍSICO**

Excluir causas não cardíacas da dor torácica e perturbações cardíacas não isquémicas (embolia pulmonar, dissecção da aorta, pericardite, doença valvular) ou possíveis causas extra-cardíacas (doenças pulmonares agudas como o pneumotórax ou a pneumonia).

- **ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) DE 12 DERIVAÇÕES**

Deve ser realizado nos primeiros 10 minutos de contacto com o doente, em repouso.

A evidência de elevação persistente (> 20 Min) do segmento ST sugere um Enfarte do Miocárdio com Elevação do Segmento ST (STEMI), que exige um tratamento diferente. Se não existir elevação do segmento ST, é importante, se possível, a comparação com um ECG em estado assintomático.

Alterações do segmento ST e anomalias na onda T são indicadores no ECG de doença coronária instável. Segundo a EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY citada pela REVISTA PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (p.1070) ” *O número de derivações que apresentam depressão do ST e a magnitude da depressão do ST são indicativos da extensão e gravidade da isquémia e correlacionam-se com o prognóstico*”.

A depressão do ST combinada com uma elevação transitória do ST também identifica um subgrupo de alto risco.

Um ECG completamente normal não exclui a possibilidade de SCASEST.

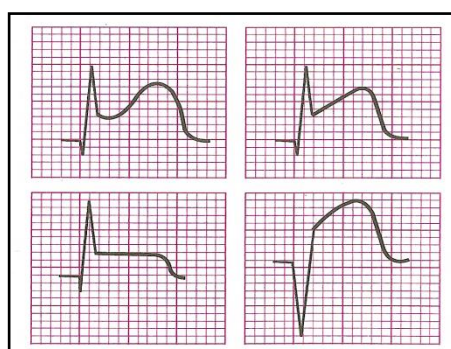


Fig. 12 – Diferentes formas de elevação do segmento ST enfarte do miocárdio.

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.141.

- **BIOMARCADORES**

Os marcadores podem reflectir diferentes aspectos fitopatológicos da SCASEST, como lesões das células do miocárdio, activação de plaquetas ou activação neurohumoral.

☞ **MARCADORES DE LESÃO MIOCÁRDICA** – O complexo troponina consiste em três subunidades que regulam o processo mediado pelo cálcio na contracção do músculo estriado. Assim:

- Troponina C, que se liga ao cálcio
- Troponina I (TnI) que inibe a actomiosina;
- Troponina T (TnT) que liga a troponina à actomiosina.

As troponinas (cTnT ou cTnI) são mais específicas e sensíveis do que as enzimas cardíacas tradicionais, como a creatina quinase (CK) ou a sua isoenzima MB (CK-MB.). A mioglobina não é suficientemente específica para detectar lesões das células miocárdicas.

As troponinas elevam-se entre as 3 e as 12 horas após o início da evolução de Enfarte do Miocárdio. Os níveis de troponinas podem continuar elevadas até 2 semanas pós Enfarte do Miocárdio.

A elevação das troponinas cardíacas reflecte necrose celular miocárdica irreversível, resultante da embolização distal de trombos ricos em plaquetas provenientes de uma placa que sofreu ruptura. As troponinas podem reflectir, de forma indirecta, a formação activa de trombos.

Elevações pequenas ou moderadas das troponinas parecem traduzir riscos iniciais mais altos em doentes com Síndromes Coronárias Agudas Sem Elevação ST

De referir que a elevação das troponinas cardíacas pode surgir em contextos de lesão miocárdica não relacionada com Síndrome Coronário Agudo, como é o caso da crise hipertensiva, embolia pulmonar, hipotiroidismo, insuficiência renal aguda ou crónica, doença neurológica aguda, queimaduras, sépsis.

☞ **MARCADORES DE ACTIVAÇÃO NEUROHUMORAL** – A activação neurohumoral do coração pode ser monitorizada através de medições dos níveis sistémicos de péptidos natriuréticos segregados pelo coração. Os péptidos natriuréticos como o B (BNP) ou a fracção terminal N do Pro-BNP (NT-proBNP), são marcadores sensíveis e específicos para a identificação da disfunção do ventrículo esquerdo. A EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (2007) citada pela REVISTA PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (2008, p.1073) defende que *“Os péptidos natriuréticos são marcadores importantes nos serviços de urgência para avaliar a dor torácica ou a dispneia, tornando-se úteis na diferenciação entre causas cardíacas e não cardíacas da dispneia”*.

- **ECOCARDIOGRAFIA**

Deve ser utilizada de forma rotineira nos serviços de urgência, na medida, em que a avaliação da Função Sistólica do Ventrículo Esquerdo tem grande importância em doentes com doença cardíaca isquémica. Uma hipocinésia ou acinésia localizada transitória podem ser identificadas durante a isquémia. Também se podem fazer diagnósticos diferenciais, como a estenose aórtica, dissecção aórtica, embolia pulmonar ou cardiomiopatia hipertrófica.

5. ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO

De acordo com a American Heart Association, os objectivos primários do tratamento de doentes com Síndromes Coronárias Agudas são:

- Reduzir a necrose miocárdica em doentes com EM, preservando a função ventricular e evitando a insuficiência cardíaca;
- Prevenir os principais eventos cardíacos (EM não fatal, necessidade de revascularização de urgência);
- Tratar as complicações agudas com risco de morte das Síndromes Coronárias Agudas tais como a FV, TV sem pulso, bradicardias sintomáticas e taquicardias instáveis.

Para que a actuação da equipa de enfermagem perante o doente com dor torácica seja rápida e eficiente torna-se fundamental que possuam um corpo de conhecimentos técnico e científicos e que saibam incorporar na prática os resultados da investigação na prática baseada na evidência.

Seja qual for o diagnóstico e a estratégia terapêutica escolhida cabe ao enfermeiro do serviço de urgência procurar proporcionar, dentro do possível, um ambiente calmo promotor de confiança e segurança para o doente. Pois só os conhecimentos técnico-científicos não são suficientes para prestar cuidados de enfermagem ao doente na sua globalidade, sobretudo ao doente cardíaco, dada a importância atribuída ao coração. Humanizar num serviço de urgência é possível de ser concretizado.

5.1- FARMACOS UTILIZADOS NAS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS

5.1.1 AGENTES ANTI-ISQUÉMICOS

São fármacos que diminuem o consumo de oxigénio pelo miocárdio (ao diminuírem a frequência cardíaca, baixarem a tensão arterial ou reduzindo a contractilidade do ventrículo esquerdo) e/ou induzem a vasodilatação. São eles:

1. **BETA-BLOQUEADORES** – São recomendados no SCASEST e geralmente são bem tolerados. Entre eles o atenolol, o esmolol, o labetalol, o metoprolol e o propanolol.

A frequência cardíaca alvo para se obter um bom efeito terapêutico deve estar entre os 50-60 batimentos por minuto.

Estão contra indicados em doentes com a condução aurículo-ventricular bastante comprometida, em doentes asmáticos ou com disfunção aguda do ventrículo esquerdo.

2. **NITRATOS**- Os seus efeitos na angina instável estão relacionados com os seus efeitos na circulação periférica e coronária. O principal benefício terapêutico relaciona-se os seus efeitos venodilatadores que conduzem a uma redução da pré-carga do miocárdio e do volume diastólico no final do VE, traduzindo-se numa redução do consumo de oxigénio pelo miocárdio. Os nitratos também dilatam as artérias coronárias normais e arterioscleróticas e aumentam o fluxo coronário colateral.

São indicados para o alívio de sintomas no tratamento agudo de episódios de angina.

Em doentes com Síndrome Coronário Agudo Sem Elevação do Segmento ST podem ser utilizados por via endovenosa, a dose deve ser aumentada até alívio dos sintomas ou até que surjam efeitos secundários como as cefaleias ou a hipotensão.

3. **BLOQUEADORES DOS CANAIS DO CÁLCIO** - São fármacos vasodilatadores, alguns têm efeitos significativos na condução aurículo-ventricular e na frequência cardíaca. Existem 3 subclasses de bloqueadores do cálcio, com efeitos farmacológicos diferentes: as dihidropiridinas (nifedipina), as benzotiazepinas (diltiazem) e as fenilalquilaminas (verapamil). Todas as subclasses têm um efeito vasodilatador coronário semelhante.

Esta classe de fármacos não evita o desenvolvimento de Enfarte do Miocárdio nem reduz a mortalidade.

Permitem o alívio dos sintomas em doentes já a fazer nitratos e beta-bloqueantes e bloqueantes.

5.1.2 ANTICOAGULANTES

São utilizados no tratamento da Síndrome Coronário Agudo Sem Elevação ST para inibir a formação e/ou a actividade da trombina. A anticoagulação é eficaz em associação com a inibição plaquetária. Existem evidências que a combinação das duas é mais eficaz do que qualquer dos tratamentos isoladamente. A anticoagulação deve ser seleccionada de acordo com o risco de eventos isquémicos e hemorrágicos. Está provado que parte dos anticoagulantes têm capacidade de reduzir o risco de morte e/ou Enfarte do Miocárdio mas á custa de complicações hemorrágica (REVISTA PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2008,1078).

São vários os anticoagulantes que actuam na cascata da coagulação:

☞ **HEPARINA NÃO FRACCIONADA (HNF)** – Para se dar a inibição do factor-IIa, a heparina tem de se ligar à trombina e à antitrombina, formando-se uma ligação entre elas.

É administrada por via EV, infusão contínua. Exige o controlo frequente do tempo de tromboplastina parcial activado (aPTT), com níveis alvos entre 50-75 s. Nível de aPTT superiores, o risco hemorrágico aumenta sem que haja benefícios antitrombóticos.

O efeito anticoagulante da HNF perde-se rapidamente após a interrupção da sua administração, e ao fim de 24h após o tratamento existe o risco de reactivação do processo de coagulação.

☞ **HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR (HBPM)** – Liga-se à antitrombina através da sequência de pentassacarídeos, que são a base da actividade anti-Xa.

Como vantagem têm uma absorção quase total após administração subcutânea, têm menos ligações proteicas, menos activação plaquetária e por isso uma relação dose-efeito mais previsível.

As doses são ajustadas ao peso corporal e são semelhantes às utilizadas no trombo embolismo venoso (TEV). São administradas por via subcutânea de 12 em 12 horas. O tratamento pode ser prolongado, sem necessidade de imobilização do doente.

O uso de enoxaparina em doentes com SCASEST pode levar a uma diminuição significativa do risco de Enfarte do Miocárdio ou de morte súbita, comparativamente com a heparina não fraccionada.

☞ **Inibidor DO FACTOR Xa** – O único inibidor selectivo do factor Xa é o fondaparinux. Tem uma biodisponibilidade de 100% após injeção subcutânea, pode ser administrada uma vez dia. Não necessita de qualquer ajuste da dose ou monitorização da actividade anti-Xa.

☞ **INIBIDORES DIRECTOS DA TROMBINA (IDT)** – Ligam-se directamente à trombina (factor IIa), inibindo a conversão induzida pela trombina do fibrinogénio em fibrina. Inactivam a trombina ligada à fibrina assim como a trombina em fase líquida. Como não se ligam às proteínas do plasma, o efeito anticoagulante é mais previsível.

Os inibidores directos da trombina são a bivalirudina, a hirudina e o argatroban.

☞ **ANTAGONISTAS DA VITAMINA K** – Produzem o seu efeito anticoagulante ao interferirem com o metabolismo hepático da vitamina K. Os efeitos terapêuticos só são observáveis ao fim de 3 a 5 dias de tratamento, por isso, não são aconselháveis na fase aguda do SCASEST.

5.1.3 AGENTES ANTIPLAQUETÁRIOS

É de extrema importância a activação plaquetária no Síndrome Coronário Agudo Sem Elevação ST. A terapêutica anti - plaquetária torna-se necessária quer em eventos agudos, quer como terapêutica de manutenção. A suspensão precoce dos agentes antiplaquetários pode conduzir à recorrência de eventos, especialmente em doentes com *stents* implantados recentemente.

Existem três estratégias relacionadas e complementares que oferecem terapêutica anti - plaquetária eficaz, são elas:

1. **Ácido acetilsalicílico** (aspirina) - Inibe irreversivelmente a COX-1 nas plaquetas, limitando a formação de tromboxano A2 e inibindo a agregação plaquetária. A aspirina reduz a morte ou enfarte do miocárdio em doentes

com angina instável. É recomendado para todos os doentes com SCASEST numa dose inicial de 160-325 mg (não entérica), com dose de manutenção de 100 mg dia.

2. **Tienopiridinas** (ticlopidina, clopidogrel) -São antagonistas dos receptores da adenosina difosfato (ADP), que bloqueiam a via de activação plaquetária induzida pela adenosina difosfato de forma específica.

O clopidogrel permite uma redução bastante significativa do risco de morte por causas cardiovasculares e Acidente Vascular Cerebral (AVC). O benefício do tratamento inclui doentes submetidos a revascularização por intervenção coronária percutânea ou por cirurgia de reperfusão coronária (CABG). O risco de hemorragia em doentes submetidos a cirurgia pode ser atenuado com a suspensão do clopidogrel durante 5 dias antes da cirurgia.

Recomenda-se a todos os doentes uma dose inicial de carga de 300 mg, seguida de 75 mg diários, durante um período entre 9 a 12 meses.

Doentes a aguardar procedimentos invasivos podem fazer uma dose de carga de 600 mg, de modo a haver uma inibição plaquetária mais rápida.

3. **Inibidores dos receptores das glicoproteínas IIb/IIIa** – São utilizados três inibidores das glicoproteínas IIb/IIIa o abciximab, a eptifibatide e o tirofiban, que bloqueiam a via final comum da activação plaquetária ligando-se ao fibrinogénio e sob condições de alto cisalhamento, ao factor de von Willebrand, inibindo a ligação entre plaquetas activadas. São utilizados em situações em que a estratégia invasiva não é aconselhada, dado o risco de eventos isquémicos e/ou hemorrágicos. A redução do risco foi mais evidente em doentes de alto risco (doentes diabéticos, com depressão do segmento ST ou com troponinas positivas).

Efeitos adversos

Abciximab	Eptifibatide	Tirofiban
Hemorragia Trombocitopénia Hipotensão Náuseas Vómitos	Hemorragia	Hemorragia

Indicações terapêuticas

Abciximab	Eptifibatide	Tirofiban
Angina refratária, que não responde à terapêutica convencional	Inibidor da agregação plaquetária no síndrome coronário agudo	Inibidor da agregação plaquetária no síndrome coronário agudo
Adjuvante na intervenção coronária percutânea	Intervenção coronária percutânea	

Contra-indicações

Abciximab	Eptifibatide	Tirofiban
Hemorragias internas activas e recentes (com 6 semanas)	Sinais de hemorragias	Hemorragias internas activas
AVC (com 2 anos)	História de AVC	Cirurgia recente
Diatese hemorrágica	Cirurgia recente	Peicardite aguda
Uso de anticoagulantes orais	Dependente de dialise	Uso concomitante com outros inibidores de receptoras GP IIb / IIIa
	Nº de plaquetas <1000000mm ³	Hipertensão

O abciximab não é recomendado para doentes com Síndromes coronários Agudos Sem Elevação de Segmento ST (SCASEST), excepto em contexto de intervenção coronária percutânea.

Interacções

Abciximab	Eptifibatide	Tirofiban
Acenocumarol	Clopidrogrel	Aspirina
Dextrano	Dipiridamol	Tenecteplase
Dicumarol	AINE's	AINE's
Heparina	Anticoagulantes	
Fenindiona	Agentes trombolíticos	
Fenprocumom	Ticlopidina	
Retepase		
Varfine		

5.2 – ESCOLHA DA MELHOR ESTRATÉGIA

A avaliação do risco é importante na tomada de decisão da estratégia de tratamento e requer uma reavaliação constante, incluindo a avaliação de riscos isquémicos e de hemorragia.

Doentes com elevados riscos de eventos isquémicos também têm elevados riscos de complicações hemorrágicas.

Na avaliação do risco há que ponderar, também, a função renal dos idosos e diabéticos que frequentemente está alterada.

5.2.1 AVALIAÇÃO INICIAL

Com validação da qualidade da dor torácica e avaliação dos sintomas. Deve incluir a avaliação da probabilidade de doença coronária (idade, factores de risco, enfarte miocárdio anterior, revascularização coronária por *bypass* aorto-coronário ou intervenção coronária percutânea).

5.2.2 VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DO RISCO

Os diagnósticos são fundamentados nos resultados dos biomarcadores, na monitorização contínua do segmento ST, ecocardiograma, tomografia axial computadorizada ou imagiologia diferencial, sensibilidade ao tratamento anti-anginoso, avaliação da classificação de risco e avaliação do risco de hemorragia.

Os diagnósticos podem ser:

1. Enfarte miocárdico com elevação ST;
2. Síndrome coronária aguda sem elevação ST;
3. Angina instável.

5.2.3 ESTRATÉGIA INVASIVA

O recurso ao cateterismo cardíaco visa evitar as complicações e/ou melhorar o resultado a longo prazo. A escolha de uma estratégia invasiva deve ser adaptada ao doente e de acordo com a gravidade do risco estratificado e pode dividir-se em 3 categorias:

1. **Conservadora** – Em doentes sem recorrência de dor torácica, sem sintomas de insuficiência cardíaca, sem alterações no ECG inicial e no segundo (6-12 h) e sem elevação das troponinas à chegada e passadas 6-12 h, o risco é considerado baixo, pelo que se opta por uma estratégia conservadora.

2. **Invasiva de urgência** – Deve ser implementada em doentes com processos de necrose do miocárdio não manifestadas no ECG e que se caracterizam por angina refractária, angina recorrente apesar do tratamento anginoso intensivo associada a depressão do segmento ST (≥ 2 mm) ou ondas T acentuadamente negativas, com sintomas clínicos de insuficiência cardíaca ou instabilidade hemodinâmica ou ainda com arritmias potencialmente fatais (Fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular).

Em doentes sintomáticos para além da terapêutica primária (oxigénio, nitratos, aspirina, clopidogrel, anticoagulação, morfina, beta bloqueadores) deve-se acrescentar um inibidor das glicoproteínas IIb/IIIa (tirofiban, eptifibatideo) enquanto aguardam cateterismo.

3. **Invasiva precoce** -- A maioria dos doentes responde ao tratamento anti-anginoso mas necessita de uma angiografia coronária precoce, que deve ser efectuada num espaço de 72 h. Este tipo de doentes apresenta níveis elevados de troponinas, alterações dinâmicas do segmento ST ou da onda T, diabetes Mellitus, função renal diminuída, fracção de ejeção do ventrículo esquerdo $< 40\%$, angina pós-enfarte miocárdico, intervenção coronária percutânea no prazo de 6 meses, *bypass* coronário anterior e um risco estratificado entre intermédio a alto.

Deste que não exista risco hemorrágico evidente deve-se acrescentar à terapêutica padrão um inibidor das glicoproteínas IIb/IIIa (tirofiban, eptifibatideo) antes do cateterismo.

5.3. TRATAMENTO DAS SÍNDROMES CRONÁRIAS AGUDAS SEM ELEVAÇÃO ST OU ANGINA INSTÁVEL

O tratamento inicial é comum às síndromes com ou sem supra do segmento ST.

O alívio da dor torácica no doente com Síndrome Coronário Agudo deve ser uma prioridade, na medida em que, diminui a ansiedade, a demanda de oxigénio do miocárdio e o risco de arritmias cardíacas.

A abordagem terapêutica depende do facto do doente poder ser tratado só com fármacos. As medidas terapêuticas primárias, segundo a *European Society of Cardiology* de 2007 são:

1. Oxigénio – Administração (4-8 l/Min) se saturações periféricas < 90%.
2. Colocação de dois acessos venosos imediatos.
3. Monitorização contínua dos parâmetros vitais e do electrocardiograma.
4. Nitratos – Por via sublingual ou endovenosa, vigiando valores tencionais sistólicos para que não sejam inferiores a 90 mmHg.
5. Aspirina – dose inicial de 160 – 325 mg por via oral embora a endovenosa seja aceitável.
6. Clopidogrel – dose inicial de 300 mg ou 600 mg.
7. Anticoagulantes – que dependem da estratégia:
 - Bolus endovenosos de heparina não fraccionada de 60-70 IU/kg (máximo 500IU), seguidos de infusão (máximo 1000 IU/h). Ajustando a dose de acordo com o nomograma.
 - 2,5 mg por dia de fondaparinux por via subcutânea;
 - 1 mg/kg de enoxaparina duas vezes dia por via subcutânea;
 - 120 IU/kg de dalteparina duas vezes dia por via subcutânea;
 - 86 IU/kg de nadroparina duas vezes dia por via subcutânea;
 - Bolus de 0,1 mg/kg de bivalirudina seguida de 0,25 mg/kg/h.
8. Morfina – 3-5 mg por via endovenosa.
9. Beta bloqueadora – especialmente se houver taquicardia ou sintomas de insuficiência cardíaca.

5.4. TRATAMENTO ENFARTE DO MIOCÁRDIO COM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST

Todos os factores são importantes e contribuem para a reperfusão, mas talvez, o principal seja o tempo que medeia entre o início dos sintomas e o início do tratamento.

Deve-se obter um ECG de 12 derivações nos primeiros 10 minutos de contacto com o doente

O tratamento de reperfusão é fundamental, quer seja com a administração de fibrinolíticos (reperfusão farmacológica) quer seja por uma intervenção coronária percutânea (reperfusão mecânica).

A escolha de uma ou de outra, muitas vezes depende de factores de ordem logística (tempo de transporte para unidade de hemodinâmica qualificada, presença de cardiologistas qualificados e treinados), ou ainda da presença ou não de choque cardiogénico, do tempo decorrido deste o início dos sintomas e da presença de contra indicações para a fibrinólise.

Nas primeiras 3 horas vários ensaios (STOPAM-1 E 2, MITRA, PRAGUE 2) demonstraram que ambas as estratégias são igualmente eficazes em reduzir o tamanho do enfarte (REVISTA PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2008).

A Intervenção coronária percutânea (ICP) quando disponível é a estratégia de eleição pois está associada a uma maior reperfusão e a um baixo risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

5.4.1 FIBRINÓLISE

A fibrinólise é preferida à intervenção coronária percutânea quando o tempo desde o início dos sintomas é inferior a 3h e o tempo de intervenção coronária percutânea é superior a 90 minutos.

A administração de fibrinolíticos deve ser feita até 30 minutos após a chegada ao Serviço de Urgência(porta-a-droga).

INDICAÇÕES PARA FIBRINOLÍSE:

- ✎ Doentes com início de sintomas com menos de 12 horas;
- ✎ Elevação do segmento ST > 1mm em 2 ou mais derivações contíguas;
- ✎ Bloqueio completo do ramo esquerdo;
- ✎ História sugestiva de enfarte do miocárdio.

CONTRA INDICAÇÕES PARA FIBRINOLÍSE:

- ✎ Doentes com mais de 12 horas de sintomas;
- ✎ Doentes com Infradesnivelamento do segmento ST.

CONTRA INDICAÇÕES *ABSOLUTAS* PARA FIBRINÓLISE:

- ✎ Antecedentes de hipertensão intra-craniana;
- ✎ Patologia intra-craniana (neoplasias, malformações)
- ✎ Estados hemorrágicos activos;
- ✎ Suspeita de dissecação aórtica.

5.4.2 INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA PRIMÁRIA

Pode ser uma alternativa em doentes com contra indicações á fibrinólise ou com sintomas com mais de 3 horas de evolução e com menos de 12 horas.

Deve-se realizar intervenção coronária percutânea (angioplastia) até 90 minutos após a chegada ao Serviço de Urgência (porta-a-balão).

CONTRA INDICAÇÕES RELATIVAS DA INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA:

- ☞ Hipertensão mal controlada (Sistólica > 180 e diastólicas > 110 mmHg).
- ☞ Hemorragia interna recente.
- ☞ Úlcera péptica activa.
- ☞ Anticoagulantes orais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença cardíaca arteriosclerótica é a causa de morte mais comum nos países desenvolvidos.

Apesar da tentativa de controlo dos diferentes factores de risco, a doença cardiovascular continua a ser muito frequente no nosso país, induzindo a taxas de elevadas de morbilidades e mortalidade.

Independentemente da classificação dos Síndromes Coronárias Agudas reconhece-se que o mecanismo fitopatológico comum é a ruptura da placa arteriosclerótica instável que conduz a uma obstrução endoluminal súbita com compromisso grave da perfusão celular. A avaliação do doente baseia-se na sintomatologia (com tipificação da dor torácica) e no electrocardiograma.

A abordagem do doente com Síndrome Coronário Agudo requer da equipa de saúde do Serviço de Urgência, em particular da equipa de enfermagem, uma actuação rápida e fundamentada.

Em contexto de emergência a tendência actual é o recurso, cada vez maior, a *guidelines* ou a algoritmos de decisão. Esta medida torna-se vantajosa, pois permite o recurso a decisões mais rápidas, com menos riscos, mais uniformizadas e com mais sucesso. *”No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005, P.5).

7. REFERÊNCIAS

📖 Aehlert, Barbara – Emergências em cardiologia – Suporte avançado de vida em cardiologia. Brasil: Elsevier Editora Lda 3ª edição; 2007.591 p. ISBN 978-85-352-2295-1.

📖 BASSND, Jean-Pierre; Vahanian, Alce – Orientações para o Diagnóstico e Tratamento de Síndromes Coronárias Agudas Sem Elevação ST. Revista Portuguesa de Cardiologia. Lisboa. ISSN 0304-4750.27:9 (Setembro 2008), p.1063-1143.

📖 INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. Manual de Suporte Avançado de Vida. Departamento de Formação em Emergência Médica, Fevereiro de 2006.

📖 LIPMAN, Bradford; CASCIO, Toni – ECG Avaliação e Interpretação. Lisboa: Lusociência; 2001.318 p. ISBN 972-8383-26-6.

📖 NUNES, Fernando Manuel Ferreira - Tomada de decisão de enfermagem em emergência. "Agir rapidamente, pensar lentamente". Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 17:219 (Março 2007), p. 7-11.

📖 NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456 p. ISBN 972-99646-0-2.

📖 SOUSA, Catarina; FONSECA, Teresa – Antiagregação plaquetária e Prevenção Primária Cardiovascular: Influência do Sexo, Idade e Outros Factores de Risco. Revista Portuguesa de Cardiologia. Lisboa. ISSN 0304-4750.27:4 (Abril 2008), p.513-525.

📖 SHEEHY'S, Susan – Enfermagem de Urgência: da teoria à prática. Brasil: Lusociência, 4ª ed. 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9.

📖 THELAN, Lynne A. et al – Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção. Lisboa: Lusodidacta Lda, 1993. 1050p. ISBN: 95399-1-X

ANEXO II / I – FARMACOS UTILIZADOS NOS SÌNDROMES CORONÁRIOS
AGUDOS

NITRATOS – NITROGLICERINA

Nome Genérico	nitroglicerina
Classificação	Vasodilatador, nitrato orgânico, antianginoso
Mecanismo de Ação	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxa o músculo liso vascular, incluindo dilatação das artérias coronárias (particularmente na área de ruptura da placa), o leito arterial periférico e os vasos de capacitância venosa • Dilatação dos vasos pós-capilares → retenção de sangue na periferia → diminui o retorno venoso ao coração → diminui a pré-carga • O relaxamento arteriolar diminui a resistência vascular sistêmica e a pressão arterial (pós-carga)
Indicações	<p>Comprimidos ou <i>spray</i> SL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia, tratamento e manejo de pacientes com angina <i>pectoris</i> • Congestão pulmonar devida à falência de ventrículo esquerdo <p>IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na presença de desconforto torácico • Manejo de emergências hipertensivas, particularmente se relacionadas à sobrecarga de volume • Manejo da congestão pulmonar devida à falência de ventrículo esquerdo
Dosagem (Adulto)	<p>SL ou <i>spray</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar um comprimido (ou <i>spray</i>) de nitroglicerina a cada 5 minutos até três doses se a PAS do paciente se mantiver > 90 mmHg ou não mais que 30 mmHg abaixo da pressão basal e a frequência cardíaca se mantiver entre 50 e 100 bpm*. • Aplicar <i>spray</i> na língua ou embaixo dela de 0,5 a 1 segundo até 5 minutos de intervalo. Cada dose padronizada fornece 0,4 mg de nitroglicerina por <i>spray</i>. <p>Administração IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • A dose inicial deve ser de 5 µg/min administrada através de uma bomba infusora capaz de infundir a droga constantemente e com exatidão. Titulação subsequente deve ser ajustada de acordo com a situação clínica; com doses maiores, deve-se ter mais cautela à medida que resposta parcial já tiver sido observada. Titulação inicial deve ser de 5 µg/min ou mais, que aumenta a cada 3 a 5 minutos até que qualquer resposta possa ser notada. Se nenhuma resposta for vista na dose de 20 µg/min, aumentos de 10 µg/min ou, mais tarde, de 20 µg/min, podem ser usados. Uma vez que se observe uma resposta parcial, deve-se reduzir o aumento da dose e prolongar o intervalo entre os aumentos[†]. • Doses baixas (30 a 40 µg/min) produzem predominantemente venodilatação; doses altas (≥ 150 µg/min) promovem dilatação arteriolar[‡].
Precauções	<ul style="list-style-type: none"> • Efeito colateral primário é hipotensão. Outros efeitos colaterais são taquicardia, bradicardia, cefaléia, palpitações e síncope.
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"> • Viagra[®] (ou outro inibidor da fosfodiesterase) usado até 24 a 48 horas antes • Suspeita de IM de parede inferior com possibilidade de IM de ventrículo direito • Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou < 30 mmHg da pressão basal) • Bradicardia extrema (< 50 bpm) • Taquicardia (>100 bpm) • Aumento da pressão intracraniana (p. ex., traumatismo craniano ou hemorragia cerebral) • Hipovolemia não corrigida • Circulação cerebral inadequada • Pericardite constritiva e tamponamento pericárdico
Considerações Especiais	<ul style="list-style-type: none"> • A hipotensão pode piorar a isquemia miocárdica. A hipotensão geralmente responde à administração de líquidos IV. <i>Estabelecer um acesso IV antes de administrar nitroglicerina SL é bastante recomendado.</i> • Quando estiver administrando nitroglicerina para desconforto torácico isquêmico, avalie a dor do paciente quanto a duração, hora de início, atividades realizadas, qualidade etc. Documente a resposta do paciente à medicação. • Monitore sinais vitais e ritmo cardíaco de perto antes, durante e depois da administração. • Hipotensão significativa pode ocorrer na presença de infarto de ventrículo direito. • Os comprimidos de nitroglicerina são sensíveis à luz, à umidade e ao calor. Mantenha os comprimidos nos seus recipientes originais de cor marrom. Recoloque a cobertura de metal no recipiente rapidamente após abrir. Os comprimidos geralmente perdem a potência dentro de 3 a 4 meses. • Quando administrar nitroglicerina em <i>spray</i>, não agite o tubo antes do uso. Agitar pode provocar bolhas dentro do tubo, alterando a administração da medicação.
Início de Ação	SL: Tipicamente em 1 a 3 minutos; IV: Imediato — dentro de 1,5 minuto
Duração	SL: 10 a 30 minutos; IV: 1 a 10 minutos após parada a administração IV

ANTICOAGULANTES – HEPARINAS

HEPARINA NÃO FRACIONADA

Nome Genérico	heparina sódica
Classificação	Anticoagulante
Mecanismo de Ação	Inibe indiretamente a trombina, agindo em múltiplos locais do sistema de coagulação normal. Não é um fibrinolítico; não dissolve coágulos existentes.
Indicações*	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes submetidos à revascularização percutânea ou cirúrgica• Pacientes submetidos à terapia de reperfusão com alteplase, reteplase ou tenecteplase• Pacientes tratados com agentes fibrinolíticos não-seletivos (estreptocinase, anistreplase, urocinase) que são de alto risco para embolia sistêmica (IAM extenso ou anterior, FA, êmbolo prévio ou trombo de VE conhecido)
Dosagem (Adulto)*	Dosagem IV em pacientes submetidos à terapia de reperfusão: <ul style="list-style-type: none">• 60 U/kg (máximo de 4.000 U para pacientes com peso > 70 kg) seguidos de uma infusão de 12 U/kg/h (máximo de 1.000 U/h para pacientes com peso > 70 kg) inicialmente ajustada para manter o tempo de tromboplastina parcial ativada 1,5 a duas vezes o controle (cerca de 50 a 70 s) por 48 horas ou até angiografia.• Quando administrada por infusão IV contínua, o tempo de coagulação deve ser determinado a cada 4 horas nos estágios iniciais de tratamento.† Seguir o protocolo da instituição para administração de heparina.
Precauções	Descontinue imediatamente se o paciente desenvolver trombose nova em associação com a diminuição da contagem plaquetária.
Contra-indicações	Não deve ser usada em pacientes: <ul style="list-style-type: none">• Com trombocitopenia grave.• Nos quais testes de coagulação sanguínea adequados (p. ex., tempo de coagulação, tempo de tromboplastina parcial) não possam ser realizados com intervalos apropriados (esta contra-indicação refere-se à dose plena de heparina; geralmente não há necessidade de monitorar os parâmetros de coagulação em pacientes recebendo heparina em doses baixas).• Com estado de sangramento ativo incontrolável, exceto quando decorrente de coagulação intravascular disseminada.
Considerações Especiais	Anticoagulantes previnem a formação de novos coágulos, mas não dissolvem coágulos formados previamente.

HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR

Nome Genérico	enoxaparina sódica
Classificação	Anticoagulante, heparina de baixo peso molecular (HBPM)
Mecanismo de Ação	HBPM com propriedades antitrombóticas
Indicações*	Alternativa aceitável à heparina não fracionada como terapia adjunta em pacientes com menos de 75 anos de idade que estejam recebendo terapia fibrinolítica, certificando-se de que disfunção renal importante não esteja presente
Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não deve ser misturada com outras injeções ou infusões• Hemogramas completos periódicos, incluindo contagem de plaquetas e pesquisa de sangue oculto nas fezes, são recomendados durante o curso do tratamento
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade conhecida à heparina ou a derivados de carne de porco• Hipersensibilidade à enoxaparina• Sangramento ativo
Considerações Especiais	<ul style="list-style-type: none">• Não pode ser usada permutavelmente (unidade por unidade) com heparina ou outras HBPMs• Não permitida para administração intramuscular

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.269.

AGENTES ANTIPLAQUETÁRIOS

1 - ASPIRINA

Nome Genérico	ácido acetilsalicílico
Classificação	Analgésico não-narcótico; antipirético; antiinflamatório; salicilato
Forma de Apresentação	Comprimidos de 81 e 325 mg
Mecanismo de Ação	Bloqueia a síntese de tromboxano A ₂ , inibindo a agregação plaquetária
Indicações	<ul style="list-style-type: none">• Desconforto torácico ou outros sinais/sintomas sugestivos de uma síndrome coronária aguda (a menos que haja hipersensibilidade à aspirina)• Alterações no ECG sugestivas de IAM
Dosagem (Adultos)	160 a 325 mg (2 a 4 comprimidos pediátricos mastigáveis)*
Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Asma (contra-indicação relativa)• Doença ulcerosa ativa (contra-indicação relativa)
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade à aspirina e/ou a antiinflamatórios não esteroidais• História de sangramento GI recente• Distúrbios hematológicos (hemofilia)
Considerações Especiais	<ul style="list-style-type: none">• Use com cautela em pacientes com história de asma, pólipos nasais ou alergias nasais. Têm ocorrido reações anafiláticas em pacientes sensíveis.• Considere ticlopidina ou clopidogrel se houver alergia, intolerância à aspirina ou inefetividade.• Supositório retal pode ser usado, se o paciente não puder fazer uso da aspirina via oral.
Início da Ação	20 a 30 minutos
Duração	4 a 6 horas

2 - CLOPIDOGEL

Nome Genérico	clopidogrel
Classificação	Agente antiplaquetário, anticoagulante
Mecanismo de Ação	Clopidogrel é um agente antiplaquetário que ajuda a prevenir a agregação plaquetária e a formação de coágulos. As plaquetas expostas ao clopidogrel são afetadas irreversivelmente.
Indicações	Um dose oral inicial é recomendada nas seguintes situações:* <ul style="list-style-type: none">• Complementar ao tratamento de rotina (aspirina, HNF ou HBPM e inibidores de GP IIb/IIIa, se indicado) para pacientes na emergência com SCA com marcadores cardíacos elevados ou novas alterações do ECG consistentes com isquemia (excluindo IMEST), nos quais uma abordagem médica ou ICP esteja planejada• É razoável administrar uma dose oral de clopidogrel a pacientes na emergência com suspeita de SCA (sem alterações no ECG ou alterações nos marcadores cardíacos) que são incapazes de usar aspirina em razão de hipersensibilidade ou intolerância gastrointestinal• IMEST em pacientes até 75 anos de idade recebendo fibrinólise, aspirina e heparina.
Contra-indicações	Hipersensibilidade à droga ou a qualquer componente do produto. Sangramento patológico ativo como úlcera péptica ou hemorragia intracraniana.
Considerações Especiais	A agregação plaquetária e o tempo de sangramento gradualmente retornam aos valores de base quando o tratamento é interrompido, geralmente em cerca de 5 dias.

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.265.

3 - INIBIDORES DA GLICOPROTEÍNA II b / III a

Nomes Genéricos	abciximab; eptifibatide; tirofiban
Mecanismo de Ação	Previne a ligação de fibrinogênio e a agregação plaquetária
Indicações*	<ul style="list-style-type: none">• Em pacientes com angina instável/IMSEST com estratificação de alto risco em conjunto com aspirina, heparina e clopidogrel e uma estratégia de ICP (intervenção coronária percutânea) precoce.• Tratamento com tirofiban ou eptifibatide pode ser usado em pacientes com AI/IMSEST com estratificação de alto risco em conjunto com terapia padrão, se a ICP não estiver planejada.
Precauções	Minimizar punções arterial e venosa, injeções IM e o uso de cateteres urinários, intubação nasotraqueal e tubos nasogástricos. Quando estabelecer acessos IV, evitar locais não-compressíveis (p. ex., veias subclávia ou jugular).
Considerações Especiais	<ul style="list-style-type: none">• Parâmetros de alto risco incluem dor persistente, instabilidade hemodinâmica ou arritmia, diabetes, alterações do ECG agudas ou dinâmicas e qualquer elevação nas troponinas cardíacas atribuível à lesão cardíaca.• Abciximab não deve ser administrado, a menos que a ICP esteja planejada.

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p270.

SULFATO DE MORFINA

Nome Genérico	sulfato de morfina
Classificação	Analgésico narcótico (opioíde) (Substância controlada)
Mecanismo de Ação	As principais ações da dose terapêutica de morfina são analgesia, sedação e alterações de humor. Opióides desta classe geralmente não eliminam a dor, mas reduzem a percepção de dor pelo SNC. <ul style="list-style-type: none">• Reduz a dor isquêmica• Reduz ansiedade• Aumenta a capacitância venosa e diminui o retorno venoso (pré-carga; às vezes chamada de “flebotomia química”)• Diminui a resistência vascular sistêmica (pós-carga)• Diminui a demanda de oxigênio miocárdico (Dor ↑ resposta simpática → ↑ frequência cardíaca, ↑ resistência vascular sistêmica, ↑ PA → ↑ consumo de O ₂ miocárdico = alívio racional da dor é uma prioridade no manejo do paciente com síndrome coronária aguda)
Indicações	<ul style="list-style-type: none">• Analgésico de escolha para desconforto isquêmico persistente não responsivo a nitratos• Congestão vascular pulmonar complicando síndromes coronárias agudas (PAS > 90 mmHg)
Dosagem (Adulto)	• 2 a 4 mg (administrados com incrementos de 2 mg) lentamente IV; administrar doses adicionais de 2 a 8 mg IV com intervalos de 5 a 15 minutos*
Precauções	Observe atentamente: <ul style="list-style-type: none">• Bradicardia• Depressão do SNC• Náusea/vômito• Depressão respiratória (efeito colateral mais sério — reversível com naloxona)• Hipotensão
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade à morfina ou a outros opiáceos• Depressão respiratória• Depressão do SNC em virtude de lesão craniana, <i>overdose</i>, envenenamento etc.• Aumento da pressão intracraniana• Asma (relativa)• Dor abdominal sem diagnóstico• Hipovolemia• Hipotensão
Considerações Especiais	Certifique-se de que naloxona e equipamento de via aérea estejam próximos antes de administrar
Início de Ação	IV: Imediato (pico em 20 minutos)
Duração	IV: 2 a 4 horas

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.265.

FIBRINOLÍTICOS

Nomes Genéticos	alteplase recombinante; ativador de plasminogênio tecidual; reteplase; tenecteplase; anistreplase; complexo ativador da estreptocinase plasmogênio anisoilato; estreptocinase Fibrinolítico (“desfaz coágulo”)
Classificação	
Mecanismo de Ação	Os fibrinolíticos agem alterando a plasmina corporal, que pode degradar fibrinogênio e coágulos de fibrina
Indicações	<ul style="list-style-type: none">• Melhora da função ventricular após infarto do miocárdio com elevação do ST com início dos sintomas ≤ 12 horas e achados de ECG consistentes com infarto do miocárdio com elevação do ST• tPA pode ser usado em acidente vascular cerebral isquêmico agudo, após hemorragia cerebral ter sido excluída através de tomografia computadorizada ou outro exame de imagem.• Tromboembolismo pulmonar agudo.
Contra-indicações	Veja o Quadro 5-2
Considerações Especiais	<ul style="list-style-type: none">• Preste atenção a todos os locais possíveis de sangramento (incluindo os locais de inserção de cateter, locais de punção arterial e venosa, cortes e locais de punção por agulha).• Alguns fibrinolíticos estão associados ao aumento do risco de sangramento ou hemorragia, se usados com heparina, anticoagulantes orais, antagonistas de vitamina K, aspirina ou dipiridamol.• Não administre heparina e reteplase simultaneamente no mesmo acesso IV. Se a reteplase for infundida por uma veia contendo heparina, lave o acesso com solução salina normal ou solução de glicose a 5% antes e depois da infusão de reteplase.• Tecnetepase é também conhecida como TNK-tPA. “TNK” refere-se aos locais da molécula de tPA que foram modificados.

CONTRA-INDICAÇÕES E CUIDADOS NO USO DE FIBRINOLITICOS NO ENFARTE DO MIOCÁRDIO COM ELEVAÇÃO DO ST

Contra-indicações Absolutas

- Qualquer hemorragia intracraniana prévia
- Lesão cerebrovascular estrutural conhecida (p. ex., MAV)
- Neoplasia maligna intracraniana conhecida (primária ou metastática)
- Acidente vascular cerebral isquêmico dentro dos últimos 3 meses *exceto* acidente vascular isquêmico agudo dentro das últimas 3 horas
- Suspeita de dissecação aórtica
- Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluindo menstruação)
- Trauma significativo próximo ao crânio ou trauma facial dentro dos últimos 3 meses

Cuidados/Contra-indicações Relativas

- História de hipertensão crônica, grave e mal controlada
- Hipertensão grave não controlada na chegada (PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg; pode ser uma contra-indicação absoluta em pacientes de baixo risco com infarto do miocárdio)
- História de acidente vascular cerebral isquêmico prévio dentro dos últimos 3 meses, demência, ou patologia intracraniana conhecida não incluída nas contra-indicações
- RCP traumática ou prolongada (10 minutos) ou cirurgia grande (< 3 semanas)
- Sangramento interno recente (dentro das últimas 2 a 4 semanas)
- Punções vasculares não-compressíveis
- Para a estreptocinase/anistreplase: exposição prévia (5 dias anteriores) ou reação alérgica prévia a esses agentes
- Gestação
- Úlcera péptica ativa
- Uso corrente de anticoagulantes: quanto mais alta a INR, maior o risco de sangramento

Fonte: AEHLERT, Barbara – ACLS - Emergências em Cardiologia, 2007, p.334.

ANEXO III- Insuficiência Renal Aguda Versus Insuficiência Renal Crônica no Serviço
de Urgência



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
2008/2010

INSUFICIÊNCIA
RENAL AGUDA Vs CRÓNICA,
no serviço de urgência

Orientadora: Enf. Patrícia Pontífice

Discente: Cristina Paula Pegado

Lisboa

ÍNDICE

1. ESTRUTURA E FUNÇÕES DO RIM	113
2. INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA	114
2.1. CLASSIFICAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA	114
2.1.1 Pré-Renais	114
2.1.2 Renais (intrínseca)	115
2.1.3 Pós-Renais	115
2.2 EVOLUÇÃO CLÍNICA DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA	116
2.3 SINAIS E SINTOMAS DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA.....	117
2.4 TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA	117
2.4.1. Situações que Requerem Hemodiálise de Urgência	118
3. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	120
3.1 PRINCIPAIS CAUSAS DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	120
3.2 FACTORES DE RISCO NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	121
3.4 SINAIS E SINTOMAS DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	121
HEMODIÁLISE.....	122
4.1 ACESSOS VASCULARES PROVISÓRIOS	122
4.1.2 LOCAIS DE INSERÇÃO:.....	122
4.2 ACESSOS DEFINITIVOS.....	123
4.2.1 Fístula Arterio-Venosa (FAV)	123
4.2.2 Enxertos Arteriovenosos – Gorotex	124
5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA/CRÓNICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	126
6.CONCLUSÕES	128
7. REFERÊNCIAS	129

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objectivo sensibilizar os pares para a problemática da Insuficiência Renal no contexto de um Serviço de Urgência.

Segundo a EDTNA/ERCA (2007) “*estima-se que a partir dos 40 anos a deterioração progressiva da função renal seja de cerca de 10% em cada 10 anos*”. Esta previsão devia permitir tomada de medidas que possam intervir e atrasar o decurso da Insuficiência Renal.

Cerca de 50% dos idosos com mais de 75 anos tem uma diminuição ligeira da função renal devido ao processo de envelhecimento natural dos rins. A este envelhecimento acrescenta-se a incidência da hipertensão arterial, de doenças cardíacas, da diabetes e outras doenças crónicas degenerativas.

1. ESTRUTURA E FUNÇÕES DO RIM

Os rins são um órgão par, que está localizado por detrás do peritoneu, de cada lado da coluna vertebral. O pólo superior do rim está ao nível da última vértebra dorsal (T12) e o pólo inferior ao nível da 3ª vértebra lombar (L3). O rim direito encontra-se numa posição ligeiramente mais baixa, devido à presença do fígado. A superfície côncava está voltada para a coluna vertebral.



O nefrónio é a unidade funcional do rim, e cada rim contém cerca de 1 milhão de nefrónios. Cada nefrónio tem na sua estrutura 5 componentes: cápsula de Bowman, túbulo contornado proximal, ansa de Henle, túbulo contornado distal e o tubo colector.

As principais funções do rim são eliminar do organismo os produtos do metabolismo e regular os electrólitos dos fluidos corporais, através da filtração do sangue.

Desta forma os rins controlam a homeostasia, o balanço hidro-electrolítico e o equilíbrio Ácido-Base. Também, desempenham um papel importante no controle hormonal, como na produção de renina para controlo da pressão arterial, na produção da eritropoietina para estimular a produção de glóbulos vermelhos e na síntese de vitamina D para facilitar a absorção do cálcio.

Então o rim tem funções:

1. **EXCRETORAS** - Excreção de produtos tóxicos, como a ureia e a creatinina.
2. **REGULADORAS** – Volume de água do organismo, osmolaridade dos líquidos do organismo, balanço electrolítico, equilíbrio Ácido-Base e da tensão arterial.
3. **METABÓLICAS** – Activação da vitamina D, produção de renina e de eritropoietina.

2. INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

ARMSTRONG E BIRCHER (2005, p.111) consideram que “*a insuficiência renal aguda pode ser definida como um uma deterioração súbita da função renal que resulta na incapacidade de excretar os produtos do metabolismo*”.

A insuficiência renal aguda (IRA) pode ser uma situação transitória e reversível quando prestados os cuidados de enfermagem adequados e atempados ou poderá evoluir para uma Insuficiência Renal Crónica (IRC), ou mesmo, para uma, Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT).

Torna-se fundamental monitorizar o doente com IRA de modo a prevenir complicações

2.1. CLASSIFICAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

A insuficiência renal aguda pode ser dividida em três categorias principais, correspondendo cada uma destas categorias a uma localização fisiológica da lesão. Desta forma podemos encontrar lesões pré-renais, renais ou pós-renais.

2.1.1 PRÉ-RENAIS

Normalmente estão relacionadas com situações de hipo perfusão renal, ou seja, há uma diminuição do aporte sanguíneo aos rins.

A estrutura renal é normal, não há lesão intrínseca. Para restabelecer a volémia o rim retém água e sódio.

São mecanismos os compensatórios que vão permitir manter a filtração glomerular durante a hipo perfusão, como a vasodilatação da arteríola aferente pela produção intra-renal de prostaglandinas, quininas e óxido nítrico e a vasoconstrição da arteríola eferente induzida pela angiotensina II (PONCE, 1999).

A falência pré-renal exige que se faça precocemente o seu diagnóstico e se institua o tratamento, de modo a prevenir a progressão da doença já com comprometimento do parênquima renal.

As principais causas são:

1. Cardiovascular como a insuficiência cardíaca congestiva, enfarte do miocárdio, choque cardiogénico, tamponamento cardíaco e embolia pulmonar.
2. Vasodilatação por sépsis ou anafiláxia.
3. Hipovolémia por hemorragia, queimaduras, perdas gastrointestinais ou perdas renais (diuréticos, diabetes insípida, diurese osmótica).

2.1.2 RENAIIS (INTRÍNICA)

Esta forma de insuficiência renal aguda está associada à lesão estrutural dos glomérulos e túbulos renais. A correcção da etiologia não garante a recuperação da função renal, dada a lesão do nefrónio. Por isso, o episódio de insuficiência renal aguda pode estar presente por algum tempo e evoluir para a insuficiência renal terminal (Armstrong e Bircher, 2005).

As lesões renais surgem por isquémia dos túbulos renais e instalação da necrose tubular aguda, que por sua vez pode evoluir para necrose cortical bilateral, o que conduz à irreversibilidade da função renal (Pacheco, 2008).

As principais causas são:

1. Glomerulonefrite por infecção estreptocócica, lúpus eritematoso disseminado, síndrome hemolítico-urémico ou síndrome de Goodpasture.
2. Vascular por vasculite, hipertensão arterial, eclampsia na gravidez, estenose da artéria renal ou trombose da veia renal.
3. Intratubular por pigmentos (mioglobina por rabdomiolise) proteínas (mieloma múltiplo) ou por cristais com nefrotoxicidade.

2.1.3 PÓS-RENAIS

As patologias pós-renais relacionam-se com obstruções do tracto urinário, que impedem o fluxo da urina. Para conduzir à insuficiência renal a obstrução tem de ser bilateral e a recuperação da função vai depender do tempo de duração da obstrução e do seu grau.

As principais causas são:

1. Obstrução uretérica (estenoses, coágulos, cálculos).

2. Doença prostática.
3. Tumores.

A insuficiência renal aguda obstrutiva se for total manifesta-se por anúria, se for parcial pode haver uma alternância entre a poliúria e a oligúria. Em ambas as situações o rim diminui ou perde a sua função excretora, pelo que se dá retenção de água, sódio, potássio, ácido úrico, ureia no organismo (Pacheco, 2008).

Se a causa da obstrução for resolvida e se o rim mantiver a capacidade de regenerar as estruturas alteradas, pode acontecer a recuperação da diurese.

2.2 EVOLUÇÃO CLÍNICA DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

Esta patologia passa por 4 fases distintas: inicial, oligúrica, diurética e de recuperação. Os diferentes tipos de débitos urinários estão relacionados com as fases da insuficiência renal.

☐ FASE INICIAL – Quando há lesão renal. Tem uma duração que pode ir de horas a vários dias.

☐ FASE OLIGÚRICA – Pode durar de 5 a 15 dias. Ocorrem importantes alterações na função do rim, nomeadamente diminuição do transporte tubular, da formação de urina e da filtração glomerular. Pode ocorrer cicatrização renal. O doente está susceptível à hemorragia e à infecção. Os débitos urinários são <400 ml/dia.

☐ FASE DIURÉTICA – O rim pode começar a recuperar a sua função, dependendo da gravidade da lesão inicial. O débito urinário pode começar a aumentar para valores que podem chegar aos 3 L/dia.

☐ FASE DE RECUPERAÇÃO – Pode durar entre vários meses e mais de um ano. A membrana basal recupera a sua estrutura, o tecido cicatricial permanece mas não é clinicamente significativo (Armstrong e Bircher, 2005). Os rins recuperam a sua função excretora

2.3 SINAIS E SINTOMAS DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

1. Cardiovasculares: hipotensão ou hipertensão arterial, disritmias;
2. Sinais de acidose metabólica;
3. Sinais neurológicos com confusão, agitação, convulsões, tremores, letargia, estupor, coma. É importante a pesquisa de *asterixis*-flapping (tremor característico das mãos) associado ao aumento da ureia e creatinina (THELAN, 2004);
4. Manifestações gastrointestinais com náuseas, vômitos, anorexia, halitose, distensão abdominal, diarreia ou obstipação;
5. Edemas que podem ser palpebrais, periféricos, pulmonar ou cerebral;
6. Laboratorialmente podemos encontrar: elevação da ureia e creatinina, hipercaliémia, hiponatremia, hipofosfatémia, hipermagnesémia, hipocalcémia, hiperuricémia, anemia e alterações da coagulação.

2.4 TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

Os objectivos do tratamento visam corrigir o mecanismo causal, promover a regeneração da capacidade renal residual e prevenir complicações.

Tendo o rim um papel fundamental na homeostasia do organismo através da regulação do equilíbrio hidro-electrolítico, do equilíbrio Ácido-Base e na excreção de produtos azotados do metabolismo, a perda destas funções podem conduzir à hipercaliémia, sobrecarga hídrica, acidose metabólica e a urémia.

Prevenir situações de Hipovolémia, baixo débito cardíaco e diminuição do fluxo sanguíneo efectivo renal são fundamentais na preservação da função renal com destaque em doentes idosos, diabéticos ou com doença renal prévia.

A hemodiálise de urgência está indicada em situações de estupor ou coma, aumento da pré-carga e edema pulmonar, hipercaliémia e acidose metabólica (SHEEY`S, 2001). Evitando contudo a instabilidade hemodinâmica, ela própria agravante da insuficiência renal pelos incidentes hipotensivos.

O recurso a esta forma de tratamento tem como objectivo prevenir a morbidade e suportar o rim na sua fase de recuperação. A hemodiálise na fase aguda deve considerar

a duração (em horas), a frequência (pode ser necessário fazer diálise diária, dependendo da gravidade da situação clínica do doente) e o controle efectivo do equilíbrio hídrico.

Em doentes instáveis hemodinamicamente deve-se recorrer às Técnicas de Substituição Renal Contínuas (TSRC).

2.4.1. SITUAÇÕES QUE REQUEREM HEMODIÁLISE DE URGÊNCIA

⇒HIPERCALIÉMIA

Pode ser uma complicação fatal da Insuficiência Renal Aguda.

Considera-se hipercaliémia quando os valores de potássio (K⁺) são superiores a 5 mEq/l, no entanto, se os valores séricos forem superiores a 6,5 mEq/l a depuração extra renal deve ser feita.

O rim em falência não tem capacidade para excretar eficazmente o potássio, quando o doente está na fase anúrica ou na fase oligúrica.

Podem surgir sinais de irritabilidade, agitação, ansiedade, náuseas e vômitos, cólicas abdominais, fadiga, parestesias nas extremidades, alterações do electrocardiograma com aparecimento de ondas T elevadas e pontiagudas, alongamento do intervalo PR, alargamento dos complexos QRS e achatamento da onda P e arritmias.

O tratamento mais eficaz para a hipercaliémia é a hemodiálise, que requer a criação de um acesso venoso temporário para a sua realização. No entanto, existem outras alternativas terapêuticas de primeira linha como:

- Administração por via oral ou rectal de agentes permutadores de potássio, sob a forma de resinas de cálcio (resina permutadora de iões).
- Administração endovenosa de insulina e dextrose a 30%, que vai promover a saída dos iões de potássio do espaço extra-celular para o intra-celular. É importante o controle dos níveis de glicemia.

⇒SOBRECARGA HÍDRICA

De modo a prevenir a sobrecarga circulatória e o edema intersticial associado à insuficiência renal aguda é importante o cálculo dos líquidos entrados e saídos através de um balanço hídrico rigoroso e do registo diário do peso. O cálculo de líquidos deve ser feito com base na diurese e perdas insensíveis (THELAN *et al*, 2004). De um

modo geral o volume de líquidos ingeridos ou administrados deve ser igual ao débito urinário diário mais 300-500 ml.

Normalmente o edema está presente e pode ser detectado através do sinal de godé. A pesquisa de edema deve ser rigorosa na zona sagrada, perímetro abdominal e membros inferiores.

⇒ ACIDOSE METABÓLICA

A acidose na Insuficiência Renal Aguda resulta segundo THELAN et al (2004, p.722) *“da diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) e insuficiência de tampões, o que diminui a secreção ácida nos túbulos renais. Assim, os hidrogênios são retidos por permuta com o bicarbonato que é excretado pela urina”*. O que resulta num desequilíbrio Ácido-Base, em que o bicarbonato assume valores inferiores a 22 mEq/L.

Os doentes podem apresentar fraqueza, tonturas, respiração de Kussmaul (profunda, rápida, rítmica), desorientação ou coma, já num estágio terminal.

O tratamento passa pela resolução da situação causal e pela administração de bicarbonato.

⇒ URÉMIA AGUDA

A urémia aguda surge no doente com insuficiência renal aguda por um período de dias, no entanto, os doentes com Insuficiência Renal crónica podem ter episódios agudos por incumprimento da terapêutica.

ARMSTRONG e BIRCHER (2005, p.119) consideram que *“a acumulação de produtos azotados do metabolismo vai provocar uma urémia aguda”*.

As manifestações clínicas da urémia aguda ao nível do aparelho urinário podem traduzir-se por uma diminuição do débito urinário, proteinúria, aumento do sódio na urina, ao nível do sistema cardiovascular, podem-se manifestar por aumento da volémia, insuficiência cardíaca congestiva, hipotensão (precoce) e hipertensão (após o aumento da pré-carga), pericardite, derrame pericárdico e disritmias. Em termos respiratórios, pode surgir o edema pulmonar, derrames pleurais e respiração de kussmaul.

O doente pode, ainda, apresentar náuseas, vômitos, hematemeses e melenas a nível do aparelho gastrointestinal, uma vez, que as toxinas urémicas conduzem a lesões ulcerativas ao longo do tracto gastrointestinal. Também pode aparecer a diarreia ou a obstipação. Do ponto de vista neurológico pode surgir a letargia e as convulsões.

3. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

A Insuficiência Renal Crónica resulta de uma falência permanente da função excretora, reguladora e hormonal/metabólica do rim.

De acordo com THELAN (1993, p.730) “ *A IRC é definida como lesão renal insidiosa e irreversível*”.

A doença pode progredir durante meses, anos até, de forma silenciosa, como resultado da perda gradual dos nefrónios, podendo-se manter-se estável durante muito tempo (DOENÇA RENAL CRÓNICA, EDTNA/ERCA, 2007). Frequentemente o doente é tratado de outras patologias até que seja diagnosticada a doença renal.

A insuficiência renal crónica é uma doença irreversível, se o doente não for tratado em estádios mais precoces, evoluirá para uma situação de Doença Renal Terminal, em que o tratamento consiste na substituição da função renal através da Hemodiálise, Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória ou transplante renal (de cadáver ou dador vivo). O carácter insidioso da Insuficiência Renal Crónica permite que o organismo desenvolva mecanismos de adaptação, põe exemplo, o doente pode estar em hipercaliémia e não manifestar náuseas, vómitos ou fraqueza muscular.

3.1 PRINCIPAIS CAUSAS DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

- Doença glomerular (Glomerulonefrite).
- Doença Quística.
- Doença Sistémica (mieloma múltiplo).
- Patologia Vascular (hipertensão).
- Patologia Obstrutiva (cálculos renais).
- Reacções a alguns medicamentos (paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides).
- Diabetes Mellitus.

Existem factores que não se podem controlar como a hereditariedade, o género, a idade, no entanto existem outros que são passíveis de serem controlados, nomeadamente as

glicemias nos diabéticos e a tensão arterial nos hipertensos. Este controle vai permitir que função renal mantenha-se durante mais tempo.

A Diabetes Mellitus é a principal causa da Insuficiência Renal Crónica no mundo ocidental. Este aumento relaciona-se com o envelhecimento da população, hábitos alimentares pouco saudáveis, estilos de vida sedentários e o aumento da obesidade.

3.2 FACTORES DE RISCO NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

- ⇒ Diabetes
- ⇒ Doença Cardiovascular
- ⇒ Tabagismo
- ⇒ Obesidade
- ⇒ Estilo de vida sedentário

3.3 FACTORES QUE PODEM ATRASAR A PROGRESSÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

- ⇒ Controle da tensão arterial.
- ⇒ Controle lipídico.
- ⇒ Controle glicémico.
- ⇒ Criar hábitos de vida saudável e exercício físico.
- ⇒ Evitar o tabagismo.
- ⇒ Evitar o uso de drogas nefrotóxicas.

3.4 SINAIS E SINTOMAS DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

Muitos dos sinais são comuns aos da Insuficiência Renal Aguda, mas têm uma evolução diferente. Passam por três fases, segundo THELAN (1993):

1. Diminuição da Reserva Renal – Que envolve proteinúria e hipertensão. Pode ocorrer uma elevação ligeira da ureia e da creatinina. Esta situação pode ser resolvida com restrição dos líquidos e do sódio, pois as restantes funções reguladoras mantêm os valores normais.
2. Insuficiência Renal – Com degradação da função renal, manifestada por elevação da ureia e creatinina, ligeira hipercalemia e anemia.
3. Doença Renal Terminal – Caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas denominado Síndrome Urémico, em que os valores da ureia, creatinina, potássio e fósforo estão muito elevados e o sódio, cálcio,

hemoglobina e hematócrito estão diminuídos, coexistindo simultaneamente a retenção de líquidos.

4. TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA VS CRÓNICA

HEMODIÁLISE

Em situações de Insuficiência Renal Aguda a realização de hemodiálise de urgência pode requerer um acesso provisório, rápido de ser colocado e de utilização imediata, pelo que se recorre à colocação de um cateter. Na Insuficiência Renal Crónica Agudizada pode também haver necessidade de um acesso provisório se o acesso primitivo tiver trombosado, infectado ou ainda a desenvolver-se.

4.1 ACESSOS VASCULARES PROVISÓRIOS

Os acessos vasculares provisórios podem ser:

⇒ **CURTA DURAÇÃO** – São cateteres de poliuretano, utilizam-se quando se prevê um período de hemodiálise inferior a 3 semanas. Nomeadamente na Insuficiência Renal Aguda, Insuficiência Renal Crónica agudizada ou na Insuficiência Renal Crónica Terminal com acesso vascular utilizável em pouco tempo ou ainda perante a necessidade de realizar técnicas como a hemoperfusão ou a plasmaférese.

⇒ **LONGA DURAÇÃO** – São cateteres de silicone com cuff dacron e trajecto subcutâneo, utilizam-se em doentes que necessitam de hemodiálise por um período superior a 3 semanas e não têm acesso vascular definitivo construído ou quando o património vascular está esgotado ou é pobre.

4.1.2 LOCAIS DE INSERÇÃO:

⇒ Jugular (direita é a mais escolhida por apresentar uma taxa de infecção inferior, a esquerda que é pouco escolhida dada a alta taxa de trombose).

⇒ Femoral;

⇒ Subclávia.

A. COMPLICAÇÕES IMEDIATAS:

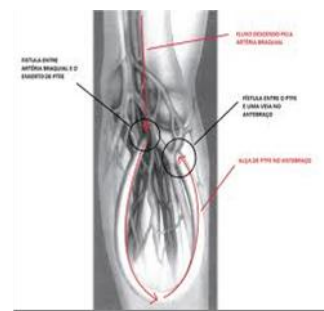
- Hematoma local;
- Embolia gasosa;
- Arritmias cardíacas
- PneumoTórax;
- Hemotórax;
- Tamponamento cardíaco;
- Lesão da traqueia.

B. COMPLICAÇÕES TARDIAS

- Infecções locais ou sistêmicas;
- Trombose/obstrução do cateter;
- Estenose venosa.

4.2 ACESSOS DEFINITIVOS

A construção de acessos definitivos deve ser prevista com alguma antecedência, durante a fase evolutiva da doença, de modo a que acesso construído tenha tempo de cicatrizar e desenvolver, prevenindo-se assim, a necessidade de um acesso provisório.



4.2.1 FÍSTULA ARTERIO-VENOSA (FAV)

Constitui numa anastomose entre uma artéria e uma veia. Sempre que os vasos o permitam deve-se começar pela extremidade distal. Deve ser construída, quando possível, no braço não dominante, de forma a evitar traumatismos e permitir a auto-diálise.

Nos meses a seguir á construção da fístula, o sangue da artéria é forçado a fluir para a veia, (onde circula em direção retrógrada) e as paredes das veias dilatam-se e espessam-se.

A fístula arterio-venosa constitui o acesso vascular mais seguro, com maior duração e menos complicações.

As limitações da fístula arterio-venosa estão relacionadas com o processo de envelhecimento natural da pessoa. Não se deve construir fístulas a pessoas muito idosas, a diabéticos ou com anatomia inapropriada.

A utilização da fístula arterio-venosa é idealmente a partir dos 2 meses, mas se for necessário, pode ser utilizada a partir da 3ª semana da sua construção.



4.2.2 ENXERTOS ARTERIOVENOSOS – GOROTEX

A duração de um enxerto é menor que as fístulas, a incidência de complicações é maior, bem como a sua gravidade.

As próteses vasculares de politetrafluretileno expandido são compostas por um polímero de PTFE, mais conhecido por teflon.

Estes enxertos podem ser puncionados ao fim de 15 dias.

A. INDICAÇÕES DOS ENXERTOS ARTERIO-VENOSOS

Quando os vasos:

- Estão obliterados por acção prévia de infusões, shunts, fístulas arterio-venosas.
- São indiscerníveis por obesidade ou caquécia.
- Têm pequeno calibre.

B. COMPLICAÇÕES DOS ENXERTOS ARTERIO-VENOSOS

1. Perda precoce do enxerto - É pouco frequente, mas quando ocorre é habitualmente por complicações cirúrgicas ou por vasos de pequeno calibre.
2. Síndrome de roubo arterial - Pode acontecer, mais frequente em doentes diabéticos.
3. Infecção - É a principal causa dos internamentos em doentes insuficientes renais crónicos. A via de infecção mais comum é por inoculação directa da pele durante as punções do enxerto. A infecção do enxerto é grave devido à presença persistente de microrganismos no material sintético, e de difícil acesso aos antibióticos. Se a infecção não for controlada por via médica pode ser necessário a sua remoção cirúrgica.
4. Tromboses – Associam-se quase sempre a estenoses vasculares, com localização habitual a jusante da anastomose venosa. No entanto existem outras causas para a trombose como a hipotensão, a compressão excessiva durante a hemostase ou a presença de estados de hipercoagulabilidade.
5. Pseudoaneurismas – Estão relacionados com a técnica de punção do enxerto (sempre no mesmo sítio) e com a hemostase (com formação de pequenos hematomas peri-enxerto). No entanto mesmo com uma boa técnica de punção o pseudoaneurisma pode acontecer por ausência da adventícia (tecido conjuntivo de suporte) e da íntima (que prejudica o processo de cicatrização pós punção).

5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA/CRÓNICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

No serviço de urgência os cuidados de enfermagem implicam a monitorização e vigilância rigorosa de doentes críticos, de modo a que o tratamento adequado seja instituído o mais precocemente possível, prevenindo-se a instalação da irreversibilidade da função renal.

As acções de enfermagem quando bem planeadas e implementadas são fundamentais no êxito do tratamento da Insuficiência Renal Aguda, quer por tratamento conservador quer por hemodiálise.

FOCOS DE ATENÇÃO DA ENFERMAGEM:

1. Monitorizar e avaliar sinais vitais – Tensão arterial, traçado e frequência cardíaca, frequência respiratória (tipo de respiração, uso de músculos acessórios, sinais de Síndrome de Dificuldade Respiratória, despiste de sinais clínicos de Edema Agudo do Pulmão) e saturações periféricas de oxigénio;
2. Posicionar o doente de forma confortável permitindo simultaneamente uma boa expansão torácica;
3. Canalizar duas veias periféricas, colhendo sangue para análises laboratoriais (hemograma, bioquímica, coagulação). Em qualquer doente com história de Diabetes Mellitus, Hipertensão, antecedentes de Insuficiência Renal, história de Cirurgia Cardíaca ou de cateterismo Cardíaco **SEMPRE QUE POSSÍVEL PUNCIÓNAR OS VASOS DA MÃO OU DA REGIÃO UMERAL (veia comunicante do cotovelo), EVITANDO OS DO BRAÇO (veia cefálica)**. Pois não se sabe **SE EXISTE** e **QUAL É** a extensão do **compromisso renal** do doente e há que procurar preservar o património vascular, na medida em que pequenas trombozes podem comprometer o sucesso de um futuro acesso vascular para hemodiálise. No **doente Insuficiente Renal Crónico NÃO PUNCIÓNAR OS VASOS DO BRAÇO DO ACESSO VASCULAR!**

Se o doente tiver cateter provisório ou de longa duração procurar não manipula-lo, dado o risco elevado de bacteriémia;

4. Avaliar estado de consciência e neurológico;
5. Monitorizar eliminação vesical que deve incluir volume urinário, características da urina. Colhendo-se urina para análises (urocultura e fresca);
6. Despiste de sinais de choque hipovolémico, séptico ou cardiogénico;
7. Estar atento aos valores laboratoriais do potássio, sódio, bicarbonato, creatinina e ureia.
8. Vigiar perdas hemáticas;
9. Vigiar integridade da pele sobretudo nas zonas edemaciadas;
10. Manter balanços hídricos equilibrados. **ATENÇÃO À FLUIDOTERAPIA, QUE PODE CONDUZIR À SOBRECARGA HÍDRICA.**

6.CONCLUSÕES

O doente crítico com Insuficiência Renal Aguda ou Insuficiência Renal Crónica Agudizada carece de uma observação abrangente por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência, tanto mais, se tratar de uma pessoa idosa, politraumatizada.

Sabe-se que a Insuficiência Renal Aguda tem uma etiologia multi factorial. A sépsis poderá ser um fenómeno causal em 47% dos casos, as restantes causas podem estar relacionadas com necrose tubular aguda e/ou nefrotoxinas endógenas e exógenas. Assim, a prestação de cuidados imediatos a estes doentes críticos num Serviço de Urgência deve incluir a manutenção da perfusão renal adequada, ter diureses controladas (evitar que sejam muito elevadas) e evitar a administração de fármacos nefrotóxico.

Na opinião de PACHECO (2008) é primordial minimizar estados hipovolémicos, situações de baixos débito cardíaco, sobretudo em idosos, diabéticos e doentes já com doença renal prévia. No doente com Insuficiência Renal Crónica é fundamental um maior cuidado e controle na administração da fluido terapia.

A Identificação precoce de sinais de desidratação ou sobrecarga hídrica associadas a intervenções de enfermagem de qualidade podem melhorar o prognóstico dos doentes com Insuficiência Renal.

7. REFERÊNCIAS

- 📖 ARMSTRONG, Tim; BISCHER, Gemma –“ Insuficiência renal aguda” *in* Enfermagem em Nefrologia. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2ª Edição.
- 📖 PACHECO, Esmeralda – A Insuficiência Renal Aguda e o doente crítico. Intervenções de Enfermagem. **Nephros`**s. Senhora da Hora. XII: nº1 (Dezembro de 2008).
- 📖 SHEEHY’S, Susan – **Enfermagem de Urgência: da teoria à prática**. Brasil: Lusociência, 4ª ed. 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9.
- 📖 THELAN, Lynne A. et al – **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. Lisboa: Lusodidacta Lda, 1993. 1050p. ISBN: 95399-1-X
- 📖 NUNES, Fernando Manuel Ferreira - Tomada de decisão de enfermagem em emergência. "Agir rapidamente, pensar lentamente". **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 17:219 (Março 2007), p. 7-11.

ANEXO IV – Folha de Transferência entre o Serviço de Atendimento a Doentes Não Programados do HSC e o Serviço de Urgência Geral do HSFX



NOTA DE TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

SALA DE ATENDIMENTO A DOENTES NÃO PROGRAMADOS – HSC PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHLO

Motivo _____ de
transferência: _____

Referenciado _____ para _____ especialidade
de: _____

Observado pela especialidade de : _____

Data ____/____/____

ANTECEDENTES PESSOAIS

HTA AVC EAM DPOC Dislipidémia

Diabetes: NID ADO _____ ID Insulina

Doença Coronária Cirurgia Cardíaca: Valvular Revascularização coronária

Anticoagulado: Varfine Sintrom Último controle ____/____/____ Valor:

Outras Cirurgias:

DRC Estadio ____ Acesso para Hemodiálise _____ Centro de

Diálise _____

Em DPCA/DPA Sistema utilizado:

Hábitos: Alcoólicos Tabágicos Outros:

Medicação diária:

SINAIS VITAIS: PA _____ FC _____ FR _____
Temperatura Axilar _____ Oximetria _____ Glicemia _____

FOCOS DE ATENÇÃO SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

Enfermeiro (a) _____

ANEXO V – Comprovativo da Implementação da Folha de Transferência no SADNP

ANEXO VI – Folheto sobre “Produtos de Apoio” ao Cliente e Família

ANEXO VII – Comprovativo da implementação da folha de transferência

ANEXO VIII – Trabalho elaborado sobre Rede Nacional de Cuidados Continuados
Integrados que integra um dossier sobre o mesmo tema



UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA
INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS
RNCCI



Lisboa

Novembro de 2009

INDÍCE

0. INTRODUÇÃO.....	137
1. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTÍNUADOS INTEGRADOS.....	138
1.1. MISSÃO E OBJECTIVOS DA RNCCI.....	139
1.2. IMPLEMENTAÇÃO DA RNCCI.....	140
1.3. TIPOLOGIAS DE RESPOSTA E SUA CARACTERIZAÇÃO.....	141
1.3.1. Unidade de Internamento.....	141
1.3.1.1. Unidade de Convalescença.....	141
1.3.1.2. Unidade de Média Duração e Reabilitação.....	142
1.3.1.3. Unidade de Longa Duração e Manutenção.....	143
1.3.1.4. Unidades de Cuidados Paliativos.....	143
1.3.2. Unidade de Ambulatório.....	144
1.4. COORDENAÇÃO DA RNCCI.....	144
1.4.1. Nível Nacional.....	145
1.4.2. Nível Regional.....	145
1.4.3. Nível Local.....	145
1.5. FINANCIAMENTO DA RNCCI.....	146
2. FUNCIONAMENTO DA RNCCI.....	148
2.1. CIRCUITO DE REFERENCIAÇÃO DE UTENTES PARA A RNCC.....	148
2.2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA RNCCI.....	149
2.3. CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO DAS DIFERENTES TIPOLOGIAS.....	149
2.3.1. Unidade de Convalescença.....	149
2.3.2. Unidades de Média Duração ou Reabilitação.....	150
2.3.3. Unidades de Longa Duração ou Manutenção.....	150
2.3.4. Unidades de Cuidados Paliativos.....	150
2.4. TIPOLOGIAS NA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO.....	151
3. EVOLUÇÃO RNCCI.....	153
4. AVALIAÇÃO QUALITATIVA.....	157
5. CONCLUSÃO.....	158
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159

O. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde a expectativa de vida a nível mundial que era de 66 anos em 2000 passará para 73 anos em 2025.

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2001), o número de idosos em 2025 poderá atingir 20% da população enquanto os jovens andarão pelos 16%, prevê ainda, que em 2050, 32% da população será de idosos. Face a esta panorâmica torna-se premente a adopção de medidas que promovam a saúde dos actuais e dos futuros idosos no sentido de melhorar a saúde e a qualidade de vida rentabilizando os recursos comunitários.

De acordo com OLIVEIRA (2008, p.15) *“num século, nos países desenvolvidos, os jovens passaram de 45% para 15%, enquanto os idosos com mais de 65 anos passaram de 5% para 20%”*. Esta discrepância verifica-se dada o desequilíbrio entre a natalidade e novos valores familiares que a condicionam e o aumento esperança média de vida.

A promoção da saúde e prevenção da doença nos idosos conduzem a uma melhor qualidade de vida e permitem racionalizar os recursos da comunidade. A evidência mostra-nos que *“os últimos anos de vida são acompanhados por um aumento de situações de doença e de incapacidade, frequentemente relacionadas com situações susceptíveis de prevenção”* (PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS, 2004, p.7).

Constata-se que as pessoas vivem mais tempo, mas essa longevidade está marcada por doenças crónicas e incapacitantes relacionadas com o processo de envelhecimento e que dificultam a preservação da autonomia e independência. Assim, torna-se urgente dar resposta a estas novas realidades.

Envelhecer com Saúde, Autonomia e Independência o mais tempo possível deve constituir um desafio para cada um de nós e para a sociedade. Na medida em que a promoção de um envelhecimento saudável mobiliza os sectores da Saúde, Educação, Segurança Social e Trabalho e Justiça e outros.

Reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento activo constituem desafios no momento a nível global.

1. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTÍNUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

1.1 – MISSÃO E OBJECTIVOS DA RNCCI

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho representa um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção na sociedade portuguesa, são eles, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social. Trata-se de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social que **visa promover a continuidade de cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que tenha alguma forma de dependência temporária ou definitiva.**

O principal objectivo da RNCCI é prestar cuidados continuados integrados a pessoas, que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Entendendo-se por **Cuidados Continuados Integrados**, segundo o Dec-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006 o” *conjunto de intervenções sequenciais e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social*” ainda de acordo com este documento, a Continuidade dos Cuidados passa pela ”*sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social*”.

Considera-se **Dependência Funcional**, segundo o mesmo documento supracitado, *a perda de autonomia no desempenho de actividades da vida diária, sozinho, pelo que requer auxílio de outrem*. Estas incapacidades podem resultar da progressiva degeneração das funções motoras, que acompanham o processo natural de envelhecimento ou resultar de um processo de doença ou ainda de acidente.

Qualquer que seja a origem da perda da funcionalidade pretende-se minimizar a dependência funcional e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

OBJECTIVOS DA RNCCI

⇒ A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência através da prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social;

⇒ Promover a manutenção das pessoas com perda da funcionalidade ou em vias de a perderem no seu domicílio garantindo os cuidados de saúde e de apoio social, visando a manutenção do conforto e a qualidade de vida;

⇒ O apoio aos familiares ou cuidadores informais na informação e formação para a prestação de cuidados continuados de qualidade;

⇒ A melhoria contínua da qualidade dos cuidados continuados de saúde prestados e de apoio social ajustando adequadamente a oferta de cuidados às necessidades dos utentes.

⇒ A articulação e coordenação em rede dos cuidados nos diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação.

Com a intervenção da RNCCI pretende-se:

1. Obtenção de ganhos em saúde;
2. Aumento da cobertura da prestação de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional;
3. Manutenção das pessoas com dependência no domicílio sempre que possível;
4. Diminuição da procura de serviços hospitalares por pessoas em situação de dependência;
5. Reduzir o tempo médio de internamento em serviços hospitalares de agudos, diminuindo desta forma, a permanência de doentes crónicos no hospital;

6. Diminuir o número de internamentos e reinternamentos de indivíduos em situação de dependência aumentando, assim, o número de camas disponíveis para internamento de agudos;
7. Rentabilização dos recursos e diminuição dos custos.

1.2 – IMPLEMENTAÇÃO DA RNCCI

Para implementar e coordenar a RNCCI foi criada a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) que assume não só a articulação dos diversos intervenientes, como também, elabora os planos e normas para o desenvolvimento e melhoria da REDE a nível nacional.

O processo de implementação da RNCCI inicia-se e desenvolve-se baseado no princípio máximo de aproveitamento e optimização dos recursos (de estruturas e profissionais) e de parcerias.

O planeamento estratégico da RNCCI assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, de grande abrangência de intervenção, pelo que, se preconiza um incremento da sua oferta num período de dez anos (até 2016).

Segundo o artigo 48º do Dec-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho a RNCCI seria implementada progressivamente e no 1º ano a sua implementação seria através de experiências piloto.

O despacho nº 17 516/2006, de 29 de Agosto *aprova experiências piloto na Administração Regional de Saúde do Norte* (sub-regiões de Braga, Porto, Vila Real, Viana do Castelo), do **Centro** (sub-regiões de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Viseu), de **Lisboa e Vale do Tejo** (sub-regiões de Lisboa e Santarém), do **Alentejo** (sub-regiões de Beja e Évora), do **Algarve** (sub-região de Faro).

O modelo da RNCCI pretende incentivar a autonomia regional, nas vertentes de planeamento e controlo, de modo a que respeitando os seus princípios, sejam agilizados os procedimentos e garantida a adequação das respostas implementadas às necessidades identificadas refere o Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI do 1º semestre de 2009.

O planeamento estratégico da RNCC preconiza metas a atingir de forma faseada, assim:
FASE 1 ⇒ 2006/2008 – Com 30% de cobertura incluindo as experiências piloto compreendidas entre Junho 2006 e Julho de 2007;

FASE 2 ⇒ 2009/2012 – Com 60% de cobertura;

FASE 3 ⇒ 2013/2016 – Com 100% de cobertura.

As metas a alcançar até 2016 encontram-se bem definidas:

- ✓ 2.860 Lugares em Unidades de Convalescença;
- ✓ 3.217 Lugares em Unidades de Internamento de Média Duração;
- ✓ 8.222 Lugares em Unidades de Internamento de Longa Duração;
- ✓ 2.318 Lugares em Unidades de Dia e Promoção de Autonomia;
- ✓ 357 Lugares em Unidades de Cuidados Paliativos;
- ✓ 30 Equipas de Suporte Intra-hospitalar;
- ✓ 1 Equipa de Gestão de Altas em cada hospital do SNS;
- ✓ 1 Equipa de Cuidados Continuados Integrados em cada unidade de cuidados na comunidade dos agrupamentos dos centros de saúde (ACES).

A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) tem como fio condutor a promoção da continuidade dos cuidados de Saúde e apoio Social visando a recuperação global da pessoa e a assegurando a sua autonomia atreves da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

O enfoque assenta nos três “**R**” da rede → **Reabilitação, Readaptação e Reinserção.**

1.3 TIPOLOGIAS DE RESPOSTA E SUA CARACTERIZAÇÃO

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de diferentes tipologias, nomeadamente, unidades de internamento, ambulatório e por diferentes equipas. Assim:

1.3.1 Unidades de Internamento, da qual fazem parte:

1.3.1.1. Unidades de Convalescença;

1.3.1.2. Unidades de Média Duração e Reabilitação;

1.3.1.3. Unidades de Longa Duração e Manutenção;

1.3.1.4. Unidades de Cuidados Paliativos.

1.3.1.1. **UNIDADES DE CONVALESCENÇA** são unidades independentes, integradas num hospital de agudos ou noutra instituição, deste que, articuladas com o primeiro.

Visam a estabilização clínica e funcional de pessoas em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação, num período máximo de 30 dias consecutivos por cada admissão.

Podem coexistir simultaneamente com unidades de média duração e reabilitação.

As unidades de convalescença pretendem dar resposta a necessidades transitórias, maximizando os ganhos em saúde através: da promoção da reabilitação e independência dos utentes, da contribuição no processo de gestão de altas dos hospitais de agudos, abreviar a permanência desnecessária nos serviços dos hospitais de agudos e otimizar a utilização de unidades de internamento de média e longa duração.

Os utentes destas unidades habitualmente doentes dependentes e a necessitar de reabilitação intensiva, são oriundos habitualmente dos serviços de Medicina Interna, Cirurgia, Ortopedia/Traumatologia e Neurologia.

As Unidades de Convalescença são dirigidas por médicos e devem assegurar cuidados médicos e de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico (laboratoriais e radiológicos) próprios ou contratados, bem como, cuidados de fisioterapia e apoio psicossocial.

1.3.1.2 **UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO** são unidades de internamento com espaços físicos próprios, articuladas com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial de situações decorrentes de recuperação de um processo agudo ou de descompensação de um processo crónico, com previsibilidade de internamento entre os 30 e 90 dias consecutivos.

Dispõem-se a responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a autonomia.

O acesso às Unidades de Média Duração pode-se fazer através do hospital, de outras unidades da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou ainda do domicílio (através do Centro de Saúde).

Podem ser geridas por um técnico da área de saúde (enfermeiro) ou da área psicossocial (assistente social ou psicólogo) e devem assegurar cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional, bem como, apoio psicossocial, convívio e lazer.

1.3.1.3. UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO são unidades de internamento de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnem condições para serem tratadas no seu domicílio.

Têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, optimizando o estado de saúde num período previsto até 90 dias consecutivos.

Esta tipologia permite o internamento por um período até 90 dias por ano, em situações temporárias, em que a família tem dificuldade em assegurar os cuidados ou quando o cuidador principal precisa de descansar.

Os destinatários são pessoas, que pela sua situação de dependência necessitam de Cuidados Continuados Integrados.

Os utentes podem aceder a estas unidades através de outras respostas da rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social, ou ainda, do seu domicílio.

As unidades de longa duração e manutenção são coordenadas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e devem prestar cuidados de enfermagem diários,

cuidados médicos, actividades de manutenção e estimulação, apoio psicossocial, apoio nas actividades de vida diária e nas actividades instrumentais de vida diária, animação sócio. Cultural, bem como, apoio fisiátrico regular.

1.3.1.4. UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS são unidades de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizadas num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situações de doença complexa e de sofrimento e/ou em estádios avançados, em que é evidente, a ineficácia terapêutica dirigida à doença de base (incurável e progressiva) requerendo, assim, cuidados paliativos, no sentido proporcionar uma melhor qualidade de vida.

As Unidades de Cuidados Paliativos podem diferenciar-se segundo as diferentes patologias dos doentes internados.

1.3.2 UNIDADES DE AMBULATÓRIO da qual fazem parte as unidades de dia e de promoção da autonomia.

UNIDADE DE DIA E PROMOÇÃO DA AUTONOMIA destinam-se a pessoas em situação de dependência mas que as condições clínicas e sócio-familiares lhes permitem a permanência no domicílio. Nesta tipologia são facultados os cuidados de reabilitação e/ou manutenção em regime de dia.

Estas unidades ainda não estão a funcionar conforme o preconizado pela UMCCI por razões económicas, não é possível proporcionar o nível de cuidados propostos para estas unidades com o financiamento proposto por cada utente/dia (nove euros dia em que se inclui a alimentação, medicação, cuidados de reabilitação e manutenção).

Das equipas através das quais a implementação da Rede é feita fazem parte:

A. Equipas Hospitalares:

- Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativo (EIHCP);
- Equipas de Gestão de Altas (EGA).

B. Equipas Domiciliárias:

- Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

1.4. – COORDENAÇÃO DA RNCCI

A coordenação da Rede processa-se a três níveis, de acordo com a equipa envolvida: nacional, regional e local.

1.4.1 NÍVEL NACIONAL - A coordenação e implementação da Rede é feita através da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). A esta compete a condução e lançamento do projecto global de coordenação da RNCCI, contribuindo para a implementação de serviços de proximidade, através da indispensável articulação entre os centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, em articulação com as Redes nacionais de saúde e de Segurança Social.

1.4.2 NÍVEL REGIONAL - A coordenação e implementação da rede são asseguradas por cinco equipas constituídas por representantes de cada administração regional de saúde e dos centros distritais de segurança social. A Equipa Coordenadora Regional (ECR) é multidisciplinar, com competências para articular com a coordenação ao nível nacional e local, assegurando o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede. No final de 2008 estavam em funcionamento 5 ECR, uma por região de saúde.

As suas principais competências são:

- ✓ Análise de propostas para integrar a Rede;
- ✓ Acompanhamento e controlo da execução financeira;
- ✓ Garantia da qualidade dos cuidados prestados;
- ✓ Monitorização e controlo da actividade prestada;
- ✓ Garantia da equidade e adequação no acesso à Rede;
- ✓ Formação dos profissionais;
- ✓ Plano Regional de Implementação e previsão orçamental;
- ✓ Garantia da articulação entre entidades e parceiros;
- ✓ Divulgação de informação à população sobre a RNCCI.

1.4.3 NÍVEL LOCAL – A coordenação é assegurada por equipas sedeadas nos Centros de Saúde (CS), a Equipa Coordenadora Local (ECL) também é multidisciplinar, deve integrar no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que possível, um representante da autarquia local. Tem competências para se articular com a coordenação a nível regional, assegurando o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como, para proceder à coordenação dos recursos e actividades no seu âmbito de referência, isto é, actuam na área de influência do respectivo ACES.

As suas principais competências são:

- ✓ Assegurar a articulação das unidades e equipas ao nível local;
- ✓ Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos;
- ✓ Assumir os fluxos de referência dos utentes na Rede;
- ✓ Actualizar o sistema de informação da Rede;
- ✓ Assegurar a preparação de altas;
- ✓ Apoiar e acompanhar a utilização dos recursos da Rede;
- ✓ Promover parcerias para a prestação de Cuidados Continuados Integrados.

1.5 FINANCIAMENTO DA RNCCI

De acordo com o preconizado no artigo 46º do Dec-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, o financiamento das unidades e equipas da Rede depende das condições de funcionamento das respostas.

Os encargos decorrentes do funcionamento das tipologias de resposta da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados são repartidos pelos sectores da saúde e da segurança social em função das tipologias de cuidados.

Através de Portaria N°189/2008 de Fevereiro foram fixados os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento da RNCCI e fixado o valor global, por tipologia de internamento, para suportar os encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão.

A Rede dispõe de um modelo de financiamento específico, com preços adequados e revistos periodicamente que define o financiamento das unidades e equipas em função das condições de funcionamento das respostas e em função do tipo e da complexidade dos cuidados prestados.

O financiamento pode incluir participações do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), do Ministério da Saúde (MS) e dos utentes.

As unidades de convalescença e de paliativos, as equipas de gestão de altas e as intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde.

As tipologias de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e promoção da autonomia e as equipas prestadoras de cuidados continuados são da responsabilidade dos sectores da saúde e da segurança social em função da natureza dos cuidados prestados. pessoa em situação de dependência numa destas tipologias participa em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar.

Através do despacho normativo foram definidos os termos e as condições em que a segurança social participa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social.

As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da Rede podem ser de natureza pública dotadas de autonomia administrativa e financeira, (com ou sem autonomia patrimonial), Centros de Saúde, Instituições Particulares de Solidariedade Social e Equiparadas (ou tenham fins idênticos), Entidades Privadas com fins lucrativos. Actualmente as Santas Casas da Misericórdia têm a maior percentagem de acordos celebrados (60%), seguindo-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social (17%) e as Instituições Privadas com fins lucrativos (11%).

2. FUNCIONAMENTO DA RNCCI

2.1 CIRCUITO DE REFERENCIAÇÃO DE UTENTES PARA A RNCCI

O processo de referenciação de doentes para e na RNCCI deve obedecer ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos utentes que dela precisem.

O objectivo de todas as tipologias, é sem dúvida, a reabilitação do doente com excepção, para as Unidades de Longa Duração, em que a tónica é posta no retardamento do agravamento das capacidades existentes.

A referenciação na Rede depende da existência de quatro níveis operacionais, nomeadamente:

- ✓ Equipas de Gestão de Altas (EGA);
- ✓ Centros de Saúde (CS);
- ✓ Equipas Coordenadoras Locais (ECL);
- ✓ Equipas Coordenadoras Regionais (ECR).

Existe, ainda, um quinto nível que corresponde à monitorização e regulação da Rede que é assumido pela UMCCI.

O circuito de referenciação de um utente inicia-se com a inscrição do mesmo (criação de episódio) na plataforma Web pela EGA ou CS. Quando o processo do doente já se encontra suficientemente documentado para poder ser avaliado, segundo os critérios de admissão à Rede, é encaminhado para a ECL, para que esta possa avaliar a existência ou não de critérios e a adequação da tipologia proposta pela EGA ou CS.

A função da ECL é após avaliação, com ou sem correcções, da proposta inicial da EGA ou CS referenciar o doente, caso haja vaga, para uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados ou equipas. Caso não haja vagas deve encaminhá-lo para ECR, que deverá, então, identificar a nível regional ou nacional a vaga adequada para esse utente.

A responsabilidade pelo ingresso do utente dependente na RNCCI, independentemente da proveniência, tipologia de cuidados escolhida ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário, é da competência da ECL.

2.2 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA RNCCI

Para que o utente seja aceite na RNCCI deve preencher os seguintes critérios:

- ↳ Ter bilhete de identidade;
- ↳ Formalizar o seu consentimento informado ou na sua impossibilidade, um seu representante;
- ↳ Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação ou Longa Duração e Manutenção aceite as condições de participação propostas.

2.3 CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO NAS DIFERENTES TIPOLOGIAS

2.3.1. UNIDADES DE CONVALESCENÇA

⇒ Doentes com perda transitória da autonomia que requeiram cuidados de saúde que pela sua frequência, complexidade ou duração *não possam ser prestados no domicílio* e com previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos.

⇒ **Critérios de referenciação específicos** situação de dependência recente na sequência de episódio agudo, susceptível de melhoria que apresente alguma das seguintes condições:

1. Doentes com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes de: reabilitação intensiva, alimentação por sonda nasogástrica, tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas, manutenção e tratamento de estomas, terapêutica parentérica, medidas de suporte respiratório, aspiração de secreções ou ventilação não invasiva;
2. Doentes com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;
3. Doentes com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição, problemas de deglutição, deterioração sensorial, compromisso da locomoção (eficiência e/ou segurança);
4. Doentes crónicos com risco iminente de descompensação;
5. Doentes com indicação para programa de reabilitação previsível até 30 dias.

2.3.2. UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO OU REABILITAÇÃO

⇒ Doentes com perda transitória da autonomia que requeiram cuidados de saúde que pela sua frequência, complexidade ou duração *não possam ser prestados no domicílio* e com previsibilidade de internamento até 90 dias consecutivos.

⇒ **Critérios de referenciação específicos** situação de dependência recente *na sequência de episódio agudo*, susceptível de melhoria que apresente alguma das seguintes condições:

1. Doentes com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes de: reabilitação intensiva, tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas, manutenção e tratamento de estomas, medidas de suporte respiratório, aspiração de secreções ou ventilação não invasiva;
2. Doentes com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição, problemas de deglutição, deterioração sensorial, compromisso da locomoção (eficiência e/ou segurança);
3. Doentes com indicação para programa de reabilitação previsível até 90 dias.

2.3.3. UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO OU MANUTENÇÃO

⇒ Doentes com processos crónicos que apresentam diferentes níveis de dependência e graus de complexidade que não podem ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias.

⇒ **Critérios de referenciação:**

1. Doentes que requeiram cuidados médicos e de enfermagem;
2. Doentes que por patologia aguda e/ou crónica estabilizada necessitam de cuidados de saúde e apresentem défices de autonomia nas Actividades de Vida Diária (AVD);

3. Doentes com patologia crónica de evolução com previsão de escassa melhoria clínica e funcional;
4. Doentes com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição, problemas de deglutição, deterioração sensorial, compromisso da locomoção (eficiência e/ou segurança).

2.3.4. UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

⇒ Doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal, que requeiram cuidados em regime de internamento para orientação ou aplicação do plano terapêutico paliativo.

⇒ **Critérios de referenciação específicos situação** de dependência face a doença grave ou em fase terminal ou para descanso do cuidador principal.

2.4 TIPOLOGIAS NA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO

Unidades de Convalescença	Camas	ECL
Hospital do Mar	30	Sacavém
Santa Casa Da Misericórdia do Entrocamento	15	Torres Novas
Residência São João de Ávila	25	Lumiar
Hospital do Montepio Rainha D. Leonor	12	Caldas da Rainha
Santa Casa da Misericórdia do Bombarral	10	Caldas da Rainha
Associação de Socorros Mútuos dos Empregados do Comércio	23	Penha de França
Santa Casa da Misericórdia de Leiria	16	Arnaldo Sampaio
L. Nostrum S.A.	70	Mafra

Unidades de Média Duração e Reabilitação	Camas	ECL
Domus Mello	22	Penha de França
L. Nostrum S.A.	70	Mafra
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa - Hospital de Sant´Ana	15	Parede
Santa Casa da Misericórdia do Bombarral	14	Caldas da Rainha
Santa Casa da Misericórdia de Leiria	20	Arnaldo Sampaio
Santa Casa da Misericórdia da Batalha	24	Arnaldo Sampaio

Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos	15	Arruda dos Vinhos
Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento	17	Torres Novas
Liga dos Amigos Do Hospital de Santarém	15	Santarém
Clube da Amizade de Setúbal (Rollar)	22	Bonfim
Hospital da Confraria de N ^a Sr ^a da Nazaré	8	Nazaré

Unidades de Longa Duração e Manutenção	Camas	ECL
Hospital da Confraria de N ^a Sr ^a da Nazaré	18	Nazaré
Santa Casa da Misericórdia do Bombarral	16	Caldas da Rainha
Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos	15	Arruda dos Vinhos
Santa Casa da Misericórdia de Tomar	23	V. N.. Barquinha
Santa Casa da Misericórdia de Cascais	39	Parede
L. Nostrum S.A.	70	Mafra
Casa de Repouso S. Bárbara - AMETIC Lda.	28	Lourinhã
Clube da Amizade de Setúbal (Rollar)	38	Bonfim
União Mutualista da N ^a Sr ^a Conceição do Montijo	24	Eça de Queiroz
Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa - Centro N.K.A.	12	Lumiar
TMG - Residências para Seniores	30	Ourém

Unidade de Cuidados Paliativos	Camas	ECL
Hospital do Mar	8	Sacavém
Instituto da Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	8	Belas
Unidade de Cuidados de Tomar	10	Tomar
L. Nostrum S.A.	70	Mafra
Casa de Repouso S. Bárbara - AMETIC Lda.	12	Lourinhã

3. EVOLUÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

O relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI do 1º semestre de 2009 refere que neste período de tempo foram contratadas mais 628 camas (um aumento de 22%) relativamente a 2008.

O maior incremento verificou-se ao nível da tipologia de Longa Duração e Manutenção com 417 novas camas (aumento de 31%) relativamente ao mesmo período em 2008.

Os acordos celebrados e as entidades prestadoras até 30/06/09 foram de 170 acordos. Assim região: Norte 55, Centro 54, Lisboa e Vale do Tejo 33, Alentejo 16 e Algarve 12. A titularidade das respostas de internamento da RNCCI continua a ser maioritariamente das Santas Casas da Misericórdia (51%), seguidas por instituições privadas com 25%, as IPSS com 15% e o SNS com 9%.

As Equipas de Gestão de Altas (EGA), referenciadoras dos hospitais de agudos e dos Centros de Saúde são aproximadamente as mesmas relativamente a Dezembro de 2008.

Quanto às Equipas de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários encontravam-se no terreno 85 equipas, o que representa um acréscimo de 16%.

As Equipas Intra Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) continuam a ser as mesmas relativamente a 2008.

Quando a RNCCI foi criada através do Dec-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho ainda não estavam preconizadas os agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), pelo que a sua implementação fazia-se em função da estrutura existente, os centros de saúde.

Os agrupamentos dos Centros de Saúde são serviços públicos com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm por missão a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população de determinada área geográfica. Dos ACES podem fazer parte as unidades funcionais: Unidade de saúde familiar (USF), unidade de cuidados na comunidade (UCC), unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidade de saúde pública (USP), unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP).

A reforma em curso dos CSP com a criação das USF e das UCC tem também contribuído para o acréscimo das respostas dos cuidados de saúde domiciliários. Desta reestruturação depende a resposta mais eficaz das ECCI.

- ✓ Os **utentes referenciados para a RNCCI** desde o início da sua implementação e até ao final do 1º semestre de 2009 perfazem um total de 38 777 utentes, destes 26 222 foram referenciados de Novembro de 2006 a Dezembro de 2008, os restantes 12 555 foram-no no período de Janeiro a Junho de 2009. Em todas as tipologias de internamento mais de metade dos utentes referenciados (68,4%) foram admitidos na Rede. Algumas recusas deveram-se à falta de critérios. No 1º semestre constatou-se que as EGA foram as principais entidades referenciadoras com cerca de 67% do total de propostas, os CS fizeram os restantes 33%.
- ✓ **Motivos das propostas de referência para a RNCCI** foram: **necessidade de continuidade de cuidados, dependência nas AVD'S, necessidade de vigilância e tratamentos complexos e doenças crónicas com episódios de agudização.**

Para as Unidades de Convalescença a necessidade de continuidade de cuidados representou (74%) e a dependência nas AVD'S (69%).

Para a tipologia de Média Duração e Reabilitação a dependência nas AVD'S representou 57% dos motivos para referência. A necessidade de continuidade de cuidados também esteve presente em 57% das situações referenciadas.

Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção também as necessidades de continuidade de Cuidados (44%) e a dependência nas AVD'S (74%) constituíram os principais motivos de referência.

Nas ECCI a tipologia com maior percentagem de referência são as doenças crónicas com episódios de agudização.

- ✓ Quanto ao **perfil dos utentes da RNCCI**, a grande maioria pertence à faixa etária acima dos 65 anos. As mulheres correspondem a 52% do total de utentes referenciados no 1º semestre. Relativamente ao estado cívil a maior percentagem é dos casados (45%) seguindo-se a dos solteiros com 31%.No que concerne à convivência 81% vive com a família natural, 10% vive só e 4% em instituições.

- ✓ Os **principais diagnósticos de referência** neste semestre foram as patologias do foro cardiovascular, em particular, o Acidente Vascular Cerebral com 41%, seguindo-se a fractura do colo do fémur com 16%.

- ✓ O **número de utentes assistidos na RNCCI** de Janeiro a Junho de 2009 foi de **13 543**, destes:
 - 34% Em Unidades de Convalescença;
 - 28% Em Unidades de Média Duração e Reabilitação;
 - 23% Em Unidades de Longa Duração e Manutenção;
 - 8% Em Unidades de Cuidados Continuados Integrados;
 - 7% Em Unidades de Cuidados Paliativos.

- ✓ O **destino dos utentes saídos** das diferentes tipologias de internamento foi o domicílio (com ou sem suporte). A integração dos cuidados, as transferências para respostas mais adequadas e com melhor custo/efectividade, a promoção da autonomia e independência e um forte apoio nos cuidados domiciliários permitiram que o domicílio fosse o destino de grande parte dos utentes.

- ✓ Os **motivos de saída das unidades de internamento** classificam-se no registo informático da RNCCI como: obtenção dos objectivos terapêuticos, alta voluntária,

transferência para outra tipologia. O principal motivo de alta das unidades foi o alcance dos objectivos terapêuticos.

- ✓ A **demora média de internamento** nas unidades de: *convalescença* 32,2 dias, *média duração e reabilitação* situou-se nos 69,4 dias e *longa duração e manutenção* com um valor médio de 107,2 dias (a nível nacional).

- ✓ A **taxa de ocupação das unidades** de *convalescença* rondam os 86,23%, a de *média duração e reabilitação* 88,85% e a de *longa duração e manutenção* os 93,94%. Quanto á taxa de ocupação das *unidades de cuidados paliativos* é relativamente baixa, pois muitos dos doentes que poderiam beneficiar do internamento não o aceitam por este ser distante do seu domicílio e familiares.

4. AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Sendo o objectivo da RNCCI proporcionar um maior grau de autonomia à pessoa, que independentemente da idade, esteja numa situação de dependência e necessite de

cuidados de saúde e/ou apoio social, torna-se essencial proceder á sua avaliação em termos de Estratégia da Qualidade. Para se proceder a esta avaliação definiram-se alguns indicadores, em particular:

❖ **EVOLUÇÃO DA AUTONOMIA FÍSICA** constitui o principal indicador de qualidade dos cuidados prestados na RNCCI. As escalas utilizadas fazem parte do instrumento de avaliação único (IAI), comum às diferentes entidades intervenientes nos processos de referenciação e cuidados. Os graus de evolução da autonomia passam pelo incapaz, dependente, autónomo e independente.

Incapaz – Necessita, indispensavelmente e com regularidade, de pessoas e meios de apoio, para substituição funcional, na qual não colabora;

Dependente – Necessita, indispensavelmente e com regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio, para substituição funcional, na qual colabora;

Autónomo – Necessita, indispensavelmente e com regularidade, de meios de apoio para substituição funcional, na qual colabora;

Independente – Não necessita de pessoas e/ou meios de apoio para substituição funcional.

Os resultados obtidos no 1º semestre de 2009, segundo o Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e Actividade da RNCCI (2009, p.39), revelam uma diminuição de 37% de incapazes, manutenção do número de dependentes, incremento em 105% de autónomos, bem como, um aumento dos independentes em 199%.

5.CONCLUSÃO

Para que a RNCCI consiga alcançar os seus objectivos no tempo previsto, dez anos, torna-se fundamental a boa articulação entre todos os intervenientes na rede. Deve existir um verdadeiro trabalho de equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Os cuidados continuados constituem uma exigência da sociedade actual, dado o aumento de pessoas idosas, com doenças crónicas e incapacitantes. Surgem novas necessidades de saúde e de natureza social, que requerem respostas novas e diversificadas, facilitadoras da autonomia das pessoas doentes, reforçando as suas capacidades e as competências das famílias que têm que lidar com estas situações.

Os enfermeiros podem dar um contributo inestimável através do planeamento precoce da alta do cliente, quer no hospital de agudos, quer nas unidades da rede, na medida em que são os profissionais mais próximos dos clientes, são o elo de ligação entre os outros elementos da equipa. A avaliação das necessidades deve ser feita baseada nas necessidades físicas, emocionais, económicas. É importante conhecer a rede de suporte formais e informais que estão por trás do cliente. O planeamento da alta é tão mais importante quando os tratamentos requeridos implicam mudanças no estilo de vida do cliente/família. Acredita-se que o planeamento de altas seja uma ferramenta para garantir a continuidade após a hospitalização. Na medida que durante o processo permite-se que a família se aperceba das suas dificuldades e dessa forma poderemos ajudar. É nossa função encontrar o momento adequado, perceber quando é que a família está pronta para aprender e o que é que necessidade saber.

Os cuidados continuados integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Segurança Social. Assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva. Compreendem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social e a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis, permitindo desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência e investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração. Pretende-se proporcionar mesmo na fragilidade uma vida com dignidade

6. REFERÊNCIAS

Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social. **Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados**. Fevereiro de 2007.

DIRECÇÃO- GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa, Junho de 2004.19 p.

DIÁRIO DA REPÚBLICA - DECRETO-LEI Nº 101/2006, de 6 Junho

SILVA, João Fernandes – **Quando a vida chegar ao fim**. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.2006.332p.ISBN 972-8930-25-9.

MARGATO, Rui Manuel Jarró; OLIVEIRA, Tânia Catarina Saraiva – Os idosos e o *stress* dos cuidadores. **Sinais Vitais**. Lisboa. SSN 0872-2844 (Janeiro, 2009) 44-49.

OLIVEIRA, José Henriques Barros de – **Psicologia do Envelhecimento e do Idoso**.3ª edição. Legis Editora, Edições de Psicologia.2008.149p.ISBN 978-989-8148-06-3.

OLIVEIRA, José Henriques Barros de – **Psicologia do Idoso**. Temas Complementares. Legis Editora.2008.144p.ISBN 978-989-8148-07-0.

ANEXO IX – Programa da Acção de Formação “Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados”



O envelhecimento é um fenómeno natural, mas que pode, implicar algumas fragilidades e vulnerabilidades acrescentadas. Embora se viva mais tempo, esta longevidade está marcada por doenças crónicas e incapacitantes que dificultam a preservação da autonomia e independência.



A Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) representa um processo reformador e resulta de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social com o objectivo de proporcionar continuidade de cuidados e apoio social a todo o cidadão, que tenha alguma forma de dependência temporária ou definitiva.

O hospital constitui um elemento importante na rede, com um papel bem definido e com funções específicas.

O empenho dos enfermeiros na colheita de dados e elaboração de registos coerentes, no despiste precoce de situações de dependência, no conhecimento dos recursos comunitários disponíveis, irão, contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e uma melhor monitorização da rede.

OBJECTIVOS

- Conhecer a legislação referente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Compreender o enquadramento e organização da Rede.
- Identificar o papel do Hospital de Santa Cruz e do serviço na referência dos doentes para a Rede.
- Reconhecer a importância do planeamento precoce da alta.

PROGRAMA

- Reflectir sobre a prática da enfermagem no planeamento da alta.
- Legislação referente à rede nacional de cuidados continuados integrados.
- Diferentes tipologias da rede e seus destinatários.
- Equipas envolvidas implementação da RNCCI.
- Processo de planeamento de altas.
- Referência à equipa de gestão de altas e circuitos de articulação.



ANEXO X – Plano de Sessão e Apresentação da Acção de Formação “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”

Diapositivo
1




REDE NACIONAL DE CUIDADOS COM CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)



Cristina Pego

1

Diapositivo
2



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS


OBJECTIVO GERAL:

Conhecer RNCCI e a sua dinâmica de implementação e integração no Sistema Nacional de Saúde.

Cristina Pego

2

Diapositivo
3



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:


1. Conhecer legislação referente à RNCCI;
2. Compreender o enquadramento e organização da RNCCI;
3. Identificar o papel do HSC e do serviço na referência à rede;

Cristina Pego

3

Diapositivo

4



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

—/

4. Reconhecer a importância do planeamento precoce da alta;
5. Reflectir sobre a nossa prática clínica no planeamento da alta.

Cristina Pegado 4

Diapositivo

5



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SUMÁRIO

1. Legislação relativa à RNCCI;
2. Missão e objectivos da RNCCI;
3. Implementação da RNCCI;
4. Evolução da RNCCI;

Cristina Pegado —/ 5

Diapositivo

6



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

—/

5. Tipologias de resposta e sua caracterização;
6. Critérios de referenciação nas diferentes tipologias;
7. Coordenação da RNCCI e Equipas envolvidas;
8. Planeamento de altas e sua relação com a Equipa de Gestão de Altas.

Cristina Pegado 6

Diapositivo

7



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS


1. LEGISLAÇÃO DA RNCCI

- ✓ Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde (MS) e do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS).

Cristina Pegado - / 7

Diapositivo

8




REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

- ✓ Portaria nº 189/2008 de 19 de Fevereiro (MFAP, MTSS, MS) – Estabelece um valor global para suportar a prestação de cuidados por utente e por tipologia de internamento.
- ✓ Despacho 2732/2009 de 21 de Janeiro de 2009 (MTSS e MS) – Identifica as Unidades que integram o Plano de Implementação para o ano de 2008.

Cristina Pegado 8

Diapositivo

9




REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

2. MISSÃO E OBJECTIVOS DA RNCCI

Prestar Cuidados Continuados Integrados a pessoas, que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Cristina Pegado - / 9

Diapositivo
10




REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

—/ 10

- Promover a manutenção das pessoas com perda da funcionalidade ou em vias de a perderem no seu domicílio, garantindo os cuidados de saúde e de apoio social, visando a manutenção do conforto e qualidade de vida.
- Apoiar os familiares ou cuidadores informais na informação e formação para a prestação de cuidados continuados de qualidade.

Cristina Pegado

Diapositivo
11



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

—/ 11

- Melhoria contínua da qualidade dos cuidados continuados de saúde prestados e de apoio social, ajustando adequadamente a oferta de cuidados às necessidades do utente.
- Articulação e coordenação em rede dos cuidados nos diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação.

Cristina Pegado

Diapositivo
12



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

—/ 12

A Intervenção da RNCCI irá permitir :

- ☞ Obtenção de ganhos em saúde;
- ☞ Incremento de cobertura da prestação de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional;
- ☞ Manutenção das pessoas com dependência no domicílio, sempre que possível;

Cristina Pegado

Diapositivo
13



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

—/

A Intervenção da RNCCI irá permitir :

- ☞ Diminuição da procura dos serviços de hospitais de agudo por pessoas em situação de dependência;
- ☞ Reduzir o tempo médio de internamento em hospitais de agudos, diminuindo a permanência de doentes crónicos no hospital

Cristina Pegado —/ 13

Diapositivo
14



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

—/

A Intervenção da RNCCI irá permitir :

- ☞ Diminuir o nº de internamentos e reinternamentos de utentes em situação de dependência, aumentando desta forma o nº de camas disponíveis para internamento de agudos;
- ☞ Rentabilização dos recursos e diminuição dos custos;

Cristina Pegado 14

Diapositivo
15



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

3. IMPLEMENTAÇÃO DA RNCCI

- ☞ Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) assume a articulação dos diversos intervenientes e elabora os planos e normas para o desenvolvimento e melhoria da REDE a nível nacional.
- ☞ O seu enfoque assenta na promoção da Continuidade de Cuidados de Saúde e Apoio Social visando a recuperação global da pessoa, assegurando a sua autonomia através da sua REABILITAÇÃO, READAPTAÇÃO e REINSERÇÃO familiar e social.

Cristina Pegado 15

Diapositivo
16



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

CONTINUIDADE DE CUIDADOS E APOIO SOCIAL:

- ✓ Reabilitação
- ✓ Readaptação
- ✓ Reinserção



Cristina Pegado 16

Diapositivo
17



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

METAS A ALCANÇAR COM A RNCCI

1ª Fase ⇒ 2006 – 2008 ⇒ 30% de cobertura;

2ª Fase ⇒ 2009 – 2012 ⇒ 60% de cobertura;

3ª Fase ⇒ 2013 – 2016 ⇒ 100% de cobertura.

Cristina Pegado 17

Diapositivo
18



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS




DESTINATÁRIOS DAS UNIDADES E EQUIPAS DA
RNCCI:

- ❖ **Idosos com critérios de fragilidade** - Que estão em situação de dependência, com incapacidade para realizar as suas AVD'S ou AIVD ou ainda com síndromes geriátricas;

Cristina Pegado 18

Diapositivo
19




REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

- ❖ **Pessoas com doença crónica** – Que têm episódios frequentes de reagudização e que necessitam de seguimento e controlo domiciliário;
- ❖ **Pessoas com doença grave em fase avançada ou Terminal** - Que se encontram numa situação complexa e de sofrimento e/ou em estádios avançados em que é evidente a ineficácia terapêutica dirigida à doença de base (incurável e progressiva);

Cristina Pagão 19

Diapositivo
20



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

- ❖ **Pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos:**
 - ↳ Tratamento de feridas ou úlceras, sondas, drenagens;
 - ↳ Reabilitação domiciliária;
 - ↳ Ensino para uso adequado das ajudas técnicas;
 - ↳ Ensino para o cumprimento terapêutico;
 - ↳ Supervisão na administração de terapêutica (insulina, corticoides);

Cristina Pagão 20

Diapositivo
21



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

4. EVOLUÇÃO DA RNCCI

- Incremento de 628 camas no 1º semestre de 2009 relativamente a 2008, com maior relevância nas ULDM;
- As respostas na RNCCI vêm maioritariamente da Santa Casa da Misericórdia (51%), restantes vêm de entidades privadas (25%) e IPSS (15%);
- EGA'S não sofreram alterações;
- ECCI domiciliários aumentaram 16%

Cristina Pagão 21

Diapositivo
22



Diapositivo
23

-
- REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
- 5.A. UNIDADES DE INTERNAMENTO
- ✓ Convalescença
 - ✓ Média duração e reabilitação
 - ✓ Longa duração e manutenção
 - ✓ Cuidados paliativos


Diapositivo
24

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

1. UNIDADES DE CONVALESCENÇA

Promovem a estabilização clínica e funcional de pessoas em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico **com elevado potencial de reabilitação**, num período máximo de 30 dias consecutivos.

Diapositivo
25




REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

CRITÉRIOS

- Necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- Reabilitação intensiva;
- Aspiração de secreções;
- Administração de terapêutica parentérica;
- Tratamento de úlceras de pressão ou feridas cirúrgicas;
- Ventilação não invasiva.

Cristina Pagão 25

Diapositivo
26



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Pretendem dar resposta a necessidades transitórias, maximizando os ganhos em saúde através:

- Promoção da reabilitação e independência dos doentes;
- Do contributo no processo de gestão de altas
- Redução da permanência desnecessária nos serviços dos hospitais de agudos;
- Optimização da utilização das Unidades de Média e Longa Duração.

Cristina Pagão 26

Diapositivo
27



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS


2. UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Visam a prestação de **cuidados clínicos, de reabilitação**, apoio psicossocial em situações decorrentes da recuperação de um processo agudo ou de uma descompensação de um processo crónico, potencialmente recuperável com previsibilidade de internamento até 90 dias consecutivos.



Cristina Pagão 27

Diapositivo
28




REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

CRITÉRIOS

- Necessidade de cuidados de enfermagem permanentes;
- Necessidade de cuidados médicos diários não permanentes
- Cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional diária;
- Aspiração de secreções;
- Administração de terapêutica parentérica;
- Tratamento de úlceras de pressão ou feridas cirúrgicas;
- Ventilação não invasiva.

Cristina Pagão 28

Diapositivo
29




REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

3. UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

Visam a prestação de cuidados de saúde de manutenção e de apoio social, a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência, tendo como finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o estado de saúde num período superior a 90 dias

Cristina Pagão 29

Diapositivo
30




REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

CRITÉRIOS

- Necessidade de cuidados de enfermagem diários;
- Necessidade de auxílio nas AVD's por défice de autonomia;
- Utentes com patologia crónica com previsão de escassa melhoria clínica e funcional;
- - Utentes com dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal por um período temporário inferior a 90 dias.

Cristina Pagão 30

Diapositivo
31




REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

4. UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Destinam-se pessoas com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal, que requeiram cuidados em regime de internamento para orientação ou aplicação do plano terapêutico paliativo no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida

Cristina Pegado 31

Diapositivo
32



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS


5.B. UNIDADES DE AMBULATÓRIO

UNIDADE DE DIA E PROMOÇÃO DA AUTONOMIA

Destinam-se a pessoas em situação de dependência, mas que as condições clínicas e sócio-familiares permitem a permanência no domicílio.

Cristina Pegado 32



Diapositivo
33



REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

5.C. EQUIPAS DOMICILIÁRIAS

- CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
- EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS



Cristina Pegado 33

Diapositivo
34



Diapositivo
35



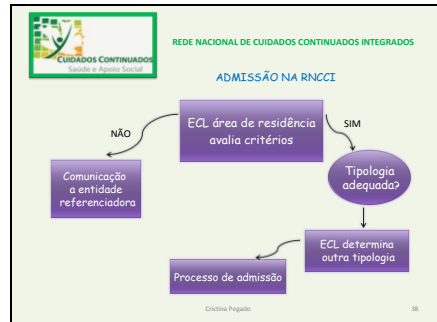
Diapositivo
36



Diapositivo
37



Diapositivo
38



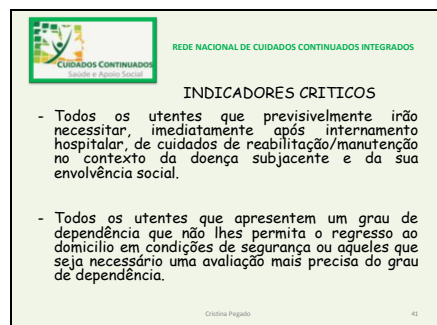
Diapositivo
39

-
- Condições de admissão**
- B. I. português ou visto de residência;
 - Número de contribuinte do utente e cuidador de referência;
 - Consentimento Informado (CI) assinado por utente ou seu representante;
 - Termo de Aceitação do Internamento (TAI) assinado por utente ou seu representante;
 - Alta Clínica do Hospital.

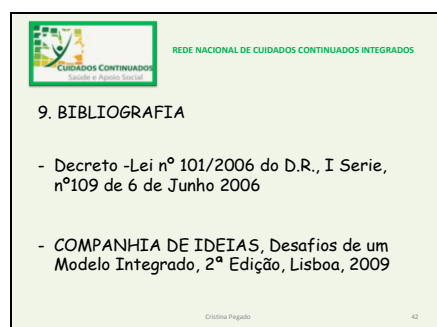
Diapositivo
40



Diapositivo
41



Diapositivo
42



ANEXO XI – Comprovativo da Formação em Serviço no meu local da prática clínica
“Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”

ANEXO XII – Comprovativo de Presença no Curso “Cuidados Continuados Integrados
– Planeamento de Alta de Enfermagem”

ANEXO XIII – Comprovativo e programa da “1ª Jornadas de Cuidados Paliativos”

ANEXO XIV - Comprovativo e programa do “5º Congresso da Associação Portuguesa de Psicogerontologia”

ANEXO XV – Comprovativo e programa do “1º Congresso Nacional de Cuidados
Continuados”

ANEXO XVI – Artigo de relevância intitulado “Prevenção da endocardite infecciosa: as novas orientações da American Heart Association e o Idoso”

ANEXO XVII - Artigo de relevância intitulado “Actualização no tratamento da dor crónica no idoso”