



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU**

## **ENFERMAGEM AVANÇADA: O FUTURO, HOJE**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

por Cláudia Cecília Farias Silva

Viseu, Junho de 2011





UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU**

## **ENFERMAGEM AVANÇADA: O FUTURO, HOJE**

Dissertação apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

por Cláudia Cecília Farias Silva

Sob Orientação Professora Teresa Borges

Viseu, Junho de 2011





## **PENSAMENTO**

"Os enfermeiros são prestadores profissionais de cuidados.

O ideal de dedicação ao próximo está no coração desta vocação,

mas numerosos factores intervêm:

O interesse pela saúde dos outros,

A perspectiva de uma carreira variada, e do assumir de responsabilidades,

A atracção do avanço científico,

A pesquisa de formas de cuidados mais modernos e mais eficazes."

(MURIEL SKEET, 2000)



**ÍNDICE**

<b>RESUMO</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>9</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b>	<b>13</b>
<b>0 INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>I CAPÍTULO - GESTÃO</b>	<b>19</b>
I.1 Gestão de Recursos Humanos	20
I.2 Gestão de Recursos Materiais	25
I.3 Gestão de Cuidados	26
I.4 Gestão de Risco	27
I.5 Gestão da Qualidade	30
<b>II CAPÍTULO - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</b>	<b>35</b>
II.1 Planear Executar e Avaliar Cuidados de Enfermagem Especializados	36
II.2 Estabelecer Prioridades no Doente Crítico	45
<b>III CAPÍTULO - COMUNICAÇÃO</b>	<b>51</b>
III.1 Comunicação com o Doente e Família	52
III.2 Comunicação no Seio da Equipa Multidisciplinar e Interdisciplinar	55
III.3 Formação da Equipa Multidisciplinar	62
<b>CONCLUSÕES GERAIS</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS</b>	

Anexo I: Descrição dos Serviços, UCIC e Urgência Geral do CHTV

Anexo II: Capas: “Normas e Procedimentos” e “Manual do Serviço”



Anexo III: Procedimento: “Traqueostomia”

Anexo IV: Cartaz: “Protocolo de Administração de Insulina”

Anexo V: Proposta de Procedimento: “Doente Cirúrgico no Serviço de Urgência: Preparação Pré Operatória”

Anexo VI: Artigo: “Evolução das Unidades de Cuidados Intensivos Coronários”

Anexo VII: Artigo: “Humanização no Serviço de Urgência: Um Desafio para a Enfermagem”

Anexo VIII: Formação em Serviço: “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde”

Plano de Acção de Formação em Serviço

Anexo IX: Formação em Serviço: “Higienização do Serviço”

Plano de Acção de Formação em Serviço

Anexo X: Cartaz de divulgação de Acção de Formação: “Novas Guidelines

Suporte Avançado de Vida no Adulto”

Plano de Acção de Formação em Serviço

Apresentação de Sessão de Abertura

Anexo XI: Cartaz de Divulgação de Conferência: “O Idoso no Serviço de Urgência”

Plano de Acção de Formação em Serviço

Anexo XII: “Manual de Limpeza e Higienização do Serviço de Urgência Geral”

: Prevenção de Riscos Químicos

Anexo XIV: Prevenção de Lesões Musculo-Esquelético

Anexo XV: Autorização do Concelho de Administração do CHTV para consulta do processo do doente

Anexo XVI: Estudo de Caso "Enfarte Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST"

Anexo XVII: Certificado de Presença do Congresso



## RESUMO

O presente documento consiste no relato final das principais e significativas experiências académicas e técnico-profissionais, vivenciadas por Cláudia Cecília Farias Silva, aluna finalista do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica com Mestrado Profissional Integrado, ministrado sob a égide da Universidade Católica Portuguesa.

Para além de servir de elemento facilitador à avaliação final, servirá de memória para análise futura e eventual estímulo para aprofundamento teórico ou ponto de partida para a realização de um trabalho de investigação.

Ao longo da Dissertação, os conteúdos temáticos são expostos em função das actividades realizadas, incluindo citações de autores de obras criteriosamente seleccionadas.

Os capítulos foram organizados segundo as áreas temáticas subjacentes aos objectivos gerais e específicos, propostos no início do curso.

No primeiro capítulo é tratado o tema da Gestão, iniciando-se com um enfoque genérico, seguido pelas áreas da gestão dos Recursos Humanos, Recursos Materiais, Cuidados, gestão do Risco e da Qualidade. As actividades subjacentes proporcionaram experiências inovadoras e permitiram a aquisição de novas competências para a realização de diversas actividades, no âmbito da formação, realização de procedimentos, propostas de melhoria, entre outras.

Neste e nos capítulos seguintes, os diversos temas foram desenvolvidos em correlação directa com os vários módulos do curso.

O segundo capítulo faz referência à Prestação dos Cuidados. Os dois subcapítulos englobam o Planeamento Execução e Avaliação dos Cuidados de Enfermagem Especializados, e o Estabelecimento de Prioridades com o Doente Crítico. Os objectivos associados a estes temas, foram os que apresentaram maior dificuldade de implementação plena, atendendo à especificidade dos serviços e à diferenciação dos casos clínicos. Os estágios foram realizados sem comprometer a segurança dos doentes.

A Comunicação, área temática de enorme importância para o exercício da enfermagem, foi incluída no último capítulo, sendo-lhe associados os seguintes subtítulos: Comunicação com o Doente e Família; Comunicação no Seio da Equipa Multidisciplinar e Interdisciplinar; e Formação da Equipa Multidisciplinar. Tal como os temas anteriores, também a Comunicação proporcionou a concretização de actividades que se enquadram no perfil dos enfermeiros especialistas, proporcionando momentos de relevante interactividade humana com os doentes e famílias.

No capítulo das Conclusões Gerais, foi referenciada uma proposta de eventual melhoria da gestão dos cuidados, podendo a mesma incentivar a realização de eventual trabalho de investigação.





## ABSTRACT

This document consists on the final report of the main and significant, and technical-professional academic experiences, experienced by Cláudia Cecília Farias Silva, finalist student of Specialization of a Post-Degree Course in Medical-Surgical Nursing with Professional Master Integrated, ministered under the aegis of the Portuguese Catholic University, Health Sciences Institute, Beiras Regional Center – Viseu.

Beyond of serving as a facilitator element to the final evaluation, it will serve as a memory for future analysis and possible stimulus for theoretical deepening or starting point for the accomplishment of an investigation work.

Over the Report, the thematical contents are exposed according the performed activities, including quoting of authors which books where carefully selected.

The chapters were organised according the thematical areas underlying the general and specific objectives proposed in the beginning of the course.

In the first chapter the Management theme is treated, beginning a generic focus, followed by Human Resources management, Materials Resources, Care, Risk and Quality management areas. The adjacent activities provided innovative experiences, and permission for the achievement of several activities in the training ambit, procedures achievement, improvement proposals, among others.

In this and the following chapters the several themes were developed in direct correlation with the several course modules.

The second chapter refers to the Care Provided. The two subchapters encompasses the Planning Execution and Evaluation of the Specialized Nursing Care, and the Prioritization with the Critical Patient. The objectives associated to these themes were the ones who presented a greater difficulty of full implementation, attending the services specificity and the differentiation of the clinical cases. The trainings were performed without compromise of the patients safety.

The Communication, thematical area of a high importance for the nursing practice was included in the last chapter, to whom was associated the following subtitles: Communication with the Patient and Family; Communication within the Multidisciplinar and Interdisciplinar Team; and Multidisciplinar Team Training.

As in previous themes, the Communication provided the achievement of activities that falling on the specialized nurses profile, providing moments of relevant human interactivity with the patients and families.

In the chapter of the General Conclusions, was referenced a proposal for a possible improvement of the care management, where the same can provide the achievement of a possible investigation work.





## AGRADECIMENTOS

Ao longo dos meses de envolvimento no Curso da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica com Mestrado Integrado e na respectiva preparação e redacção deste documento, surgiu a oportunidade de contar com o apoio de diferentes pessoas que directa ou indirectamente, contribuíram para a obtenção do presente Dissertação de estágio.

Em primeiro lugar, um agradecimento a todos aqueles que com o seu saber, a sua colaboração e o seu apoio crítico dispensaram do seu tempo para debater orientações de enfermagem no contexto da especialidade.

À Professora Orientadora, pelos valiosos comentários e sugestões, pela paciência inextinguível, pela compreensão e amizade com que sempre pontuou o rigor científico. Pela sua disponibilidade, entusiasmo e estímulo incessante com que orienta, essenciais à concretização desta Dissertação.

Agradecimentos extensíveis aos Tutores que acompanharam o decurso do estágio.

Uma referência especial de apreço, pelo constante apoio incondicional da família por todo o apoio que deu durante todo o processo, desde o ano curricular à redacção deste documento. Sem eles não teria sido possível entrar nesta aventura. Para eles, todo o amor e reconhecimento, em particular à mãe e aos filhos a quem é dedicada esta dissertação.

Um enorme obrigado aos verdadeiros amigos e amigas, cuja amizade e companheirismo faziam de cada jornada uma meta alcançada, que ultrapassou o âmbito do curso e foram um incentivo constante.

Por último, mas de certo o agradecimento mais importante a uma pessoa muito especial, cujo valor humano e científico são absolutamente admiráveis. Os seus ensinamentos foram sempre preciosos e inspiradores e a sua amizade, um privilégio.

Acredita-se que o carácter de uma pessoa é constituído todos os dias, com as experiências que se vivem e com as pessoas com que nos cruzamos. A todas essas pessoas, que não é possível referir aqui, um muito obrigado.





## LISTA DE ABREVIATURAS

AACN	American Association of Critical Care Nurses
ACC	American College of Cardiology
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ACTP	Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea
CDC	Centers for Disease Control
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CTAPRU	Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências
DAE	Desfibrilhador Automático Externo
DGS	Direcção Geral de Saúde
EAM	Enfarte Agudo Miocárdio
EEMC	Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
HICPAC	Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
CHTV	Centro Hospitalar Tondela Viseu
IACS	Infecção Associada Cuidados de Saúde
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros
JCAMHO	Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Paragem Cardio-Respiratória
PNCI	Plano Nacional de Controlo de Infecção
RCP	Ressuscitação Cardio-Pulmonar
RSE	Registo de Saúde Electrónico
SAVA	Suporte Avançado de Vida no Adulto
SBV	Suporte Básico de Vida
SIADAP	Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPC	Sociedade Portuguesa de Cardiologia
STM	Sistema de Triagem de Manchester
UCP	Universidade Católica Portuguesa





## 0 – INTRODUÇÃO

A presente Dissertação constitui o culminar formal de um longo, árduo, mas profícuo trabalho de desenvolvimento pessoal e profissional, sob a douta orientação e tutela do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do Curso de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica com Mestrado Profissional Integrado e a concomitante aspiração à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Pretende-se que seja um elemento importante e facilitador, no processo de avaliação final de todo o percurso escolar, constituindo-se ainda como um documento importante no processo de reflexão pessoal e auto análise crítica do caminho trilhado, e inevitavelmente, constará como a principal memória futura do percurso formativo.

Existe ainda a consciência, e ao mesmo tempo esperança, que esta Dissertação sirva de alavanca para futuros projectos profissionais ou investigação científica no âmbito da Enfermagem Avançada.

A adopção do título “Enfermagem Avançada”, enquadra-se na linha do pensamento em destaque nesta dissertação, de cujo conteúdo poder-se-ão realçar as seguintes citações: “a atracção pelo avanço científico” e a “pesquisa de formas de cuidados mais modernos e mais eficazes”, sem esquecer o ideal de dedicação ao próximo e o interesse pela saúde dos outros.

O Curso acima citado, no qual se teve a honra de pertencer como discente, destacou-se pela sua elevada dinâmica, intensidade e equilíbrio organizativo, e indelével valor técnico e científico, só possível à luz da ainda recente declaração de Bolonha, sem a qual, não seria possível que um profissional no activo, pudesse dele usufruir e partilhar em paralelo com a sua actividade profissional, num sector de elevado grau de exigência, como é o da saúde.

O Plano de estudos do Curso, incluiu uma componente curricular teórica, que decorreu durante um semestre, constituindo a primeira etapa do mesmo, complementada posteriormente com um período de estágio. A duração do ensino clínico é aproximadamente de seis meses, em função dos objectivos da especialização. Corresponde a um total de 750 horas, das quais 540 são de contacto, em três Módulos distintos: Módulo I - Serviço de Urgência, Módulo II - Cuidados Intensivos / Intermédios e Módulo III – opcional, em função do projecto pessoal, de entre o Bloco Operatório Central, a Comissão de Controlo de Infecção e a Unidade de Nefrologia e Diálise.

No que diz respeito ao Módulo I, deverá realçar-se a especificidade do Serviço de Urgência, local onde são praticados actos clínicos de grande diferenciação e onde se conjugam várias áreas de especialidade. Neste campo de estágio, o trabalho em equipa pluridisciplinar, merece destaque, do qual dependem a eficiência e eficácia das intervenções de enfermagem e de outras especialidades, perante a assistência aos doentes adultos e idosos com doença grave, e ou em estado crítico e que apesar de não ter sido opcional, já se enquadrava nos objectivos



personais. Não só porque constituía um ambiente clínico praticamente desconhecido, mas também pelo facto de se interligar com o Bloco Operatório, onde trabalha, e de onde são provenientes a maioria dos doentes urgentes com necessidade de intervenção cirúrgica.

O Serviço de Urgência e toda a sua suposta dinâmica, constituem um dos principais interfaces das instituições hospitalares e o público em geral, actualmente mais esclarecido e exigente. Da competência técnica e profissional, dependem as boas ou más opiniões gerais, acerca das instituições de saúde em geral, e dos profissionais em particular, assim sendo foi surgindo uma especial curiosidade técnica e profissional, senão mesmo um certo fascínio e alguma expectativa, pelo que sempre foi ansiado nele poder trabalhar.

Relativamente ao Módulo II, que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, a opção pela Cardiologia, e mais concretamente pelos cuidados intensivos nessa área, deveu-se ao facto de se saber que a doença coronária continua a ser a principal causa de morte nos países ocidentais, constituindo um pesado fardo, em termos emocionais e financeiros para a sociedade. A sua elevada incidência e a gravidade das repercussões, tornou-se um grave problema de saúde pública, o que motivou um grande empenho da comunidade científica na identificação e prevenção das situações predisponentes ou facilitadoras, e naturalmente no seu tratamento mais eficaz.

E o mais grave, segundo a maioria dos autores, é que quanto mais um país se desenvolve, maior é o risco da respectiva população vir a sofrer de doença coronária, porque a nossa actual civilização, absorve com mais facilidade vícios como a super alimentação, o tabagismo, a falta de exercício físico, a excessiva tensão emocional (stress), etc., sendo capazes de transformar um indivíduo jovem e saudável, num sério candidato a um episódio de doença coronária aguda.

Em relação ao Módulo III, face aos doze anos de experiência profissional no Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE., e à experiência profissional em Nefrologia e Diálise, de cerca de cinco anos, em ambos os casos com grande motivação e retorno de satisfação profissional, foi concedida creditação.

Doze anos de grande intensidade em ambiente peri-operatório, foi o que o Bloco Operatório Central proporcionou, onde são cuidados doentes do foro cirúrgico, com patologias das mais diversas especialidades, tais como, cirurgia geral, vascular, urológica, otorinolaringológica, plástica e reconstrutiva, ginecológica, obstétrica, neurocirúrgica, ortopédica e traumatológica, oftalmológica, maxilo-facial e pediátrica, intervencionados em situações electivas, urgentes e emergentes, abrangendo todo o ciclo de vida, desde os recém-nascidos e até situações in-útero, crianças, adultos e idosos.

Nas mais diversas situações, de maior ou menor diferenciação, em função da dificuldade das patologias, ou do grau de urgência ou emergência, ou relacionado com as características dos doentes, foi dada a oportunidade de, em todas elas, exercer as funções de enfermeira instrumentista, circulante, de anestesiologia e na unidade de recobro pós-anestésico.



Para além da vivência e experiência profissional em situações de grande diferenciação e vulnerabilidade, o Bloco Operatório oferece aos seus profissionais a possibilidade de evoluírem na adaptação a situações de enorme stress, preparação e prontidão para imponderáveis, coordenação extrema e experiência de trabalho em equipa e multidisciplinar.

A Nefrologia e Diálise proporcionaram a aquisição de competências técnicas e relacionais no âmbito de uma especialidade médica altamente diferenciada e tecnologicamente evoluída, realçando-se a dificuldade acrescida em cuidar de doentes crónicos, dependentes da tecnologia, mas ao mesmo tempo independentes no que se refere ao conhecimento que têm de absorver para o seu auto-cuidado, proporcionando experiências de ensino para a saúde e de acompanhamento contínuo.

De entre as inúmeras competências adquiridas ao longo do curso, deverão realçar-se a capacidade de aquisição de conhecimentos teóricos, e o aperfeiçoamento da procura selectiva, estritamente em função das necessidades, no meio do chamado caos de conteúdos científicos actualmente disponíveis, quer em formato clássico, como o suporte papel, quer em formato electrónico.

O aperfeiçoamento da capacidade da busca selectiva da ciência, consubstanciada nas temáticas específicas da área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ocorreu em função da necessidade de aplicar os conhecimentos teóricos, durante a realização dos dois módulos de estágio.

Os três Objectivos Gerais que foram propostos apelavam à sabedoria em aplicar conhecimentos, capacidade para os integrar e a melhor forma de os comunicar.

Sendo o Estágio uma unidade de fusão entre as várias unidades curriculares, e devendo espelhar todo um universo de conhecimentos adquiridos e desenvolvidos a nível do primeiro semestre, adquiriram-se, aperfeiçoaram-se e edificaram-se, as seguintes competências:

1. Gestão eficaz e eficiente dos recursos humanos, materiais e cuidados de enfermagem;
2. Gestão adequada do Risco, em função de requisitos legais e recomendações técnicas acreditadas;
3. Gestão da Qualidade, com aperfeiçoamento das componentes: Inovação, Planeamento, Implementação, Avaliação e Melhoria.
4. Capacidade de gerir com espírito autocrítico, situações problema ou inéditas, relacionados com o cliente/família na área da EEMC de modo a garantir a melhoria contínua dos cuidados;
5. Aplicação de novas e adequadas técnicas de comunicação, relacionamento com o cliente e família;
6. Adequação da capacidade de comunicar no seio da equipa multidisciplinar e interdisciplinar;



## 7. Capacidade em Identificar e Dinamizar as necessidades formativas da equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais na área da EEMC.

Estas competências foram adquiridas através do planeamento e realização de algumas acções, iniciativas e ou actividades, tais como, dinamização de acções de formação em serviço, realização de procedimentos no âmbito da gestão da qualidade, auditorias clínicas, elaboração de horários de pessoal, elaboração de requisições de materiais, equipamentos e reparações, participação activa durante a realização de novos procedimentos invasivos e não invasivos, cuidados de enfermagem especializados autónomos e ou interdependentes, colaboração na prossecução de protocolos clínicos específicos e alto risco clínico, organização e gestão do trabalho das equipas de enfermagem e assistentes operacionais, utilização criteriosa dos sistemas de informação, prática clínica centrada no paradigma da enfermagem avançada, associada a situações clínicas de elevada diferenciação técnica, risco de vida, casos sociais, gestão de conflitos, triagem em urgência, entre outras, que serão descritas ao longo do Dissertação.

A presente Dissertação, foi organizado em capítulos, que consagram as três áreas temáticas consideradas relevantes: Gestão, Prestação de Cuidados e Comunicação, transversais aos diferentes módulos, apresentados de forma específica em função da sua diferenciação intrínseca.



## I CAPÍTULO - GESTÃO

Em função do plano de estudos do curso, e no propósito de desenvolver novas competências no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Mestrado Integrado, foram adoptados Objectivos Gerais e Específicos.

O presente capítulo insere-se no âmbito do primeiro objectivo geral, com o seguinte teor: **“Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC)”**.

Para atingir o objectivo geral atrás definido, de entre os vários objectivos específicos propostos, optou-se pelo desenvolvimento do seguinte objectivo específico: **“Realizar a gestão dos cuidados na área da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica”**.

Segundo Parreira (2005), administrar ou gerir, para além de ser considerado uma arte, é também uma ciência, focalizada nos processos de planear, organizar, liderar, e controlar o trabalho dos membros da organização, e de usar todos os recursos disponíveis para alcançar os objectivos estabelecidos.

No nosso país, desde que foi criada a primeira Escola de Enfermagem, a Escola dos Enfermeiros de Coimbra, em 1881, e, até aos dias de hoje, a enfermagem tem vindo a evoluir segundo modelos de formação determinados por contextos sociais, históricos e culturais ao longo dos tempos.

Actualmente, o perfil do enfermeiro especialista está determinado pelo artigo 7º do Decreto-lei nº 437/91, de 8 de Novembro (Carreira de Enfermagem) revogado pelo Decreto-lei nº 247/2009 de 22 de Setembro, no Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros) e a afirmação da identidade profissional teve, em 1998, um contributo primordial: a criação da Ordem dos Enfermeiros, que tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.

Conforme é referenciado pela Ordem dos Enfermeiros (2009), no Modelo de Desenvolvimento Profissional, no que concerne aos enfermeiros especialistas, resultado do aprofundamento que ocorreu da análise dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, existem duas vias de enquadramento das competências.

As competências comuns são definidas como competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstrada



através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda o exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. As competências específicas são definidas como, as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Relativamente às competências específicas, no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, é proposto pela Ordem dos Enfermeiros o desenvolvimento de três tipos de competências:

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

Este conjunto de competências, comuns e específicas, foram desenvolvidas e consolidadas, ao longo do estágio.

As organizações de saúde na sua essência, não diferem dos outros tipos de organizações, já que têm de lidar com os problemas relativos respeitantes à produção, aquisição de recursos, manutenção de uma identidade própria, adaptação à envolvente e gestão global. No entanto, a forma como lidam com esses aspectos torna-se peculiar e num desafio, gerir este tipo de organizações, associado à complexidade decorrente da articulação necessária das diferentes actividades, dentro de uma diversidade de profissionais, especialização e diferenciação, associada à gestão dos interesses dos grupos dominantes, frequentemente não coincidentes com os da direcção, contribuindo para a eficiência objectivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

Neste âmbito, serão descritas actividades realizadas na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e no Serviço de Urgência Geral (UG), sob tutela e delegação dos enfermeiros chefe assim como dos respectivos tutores, co-relacionadas com a gestão dos recursos humanos, materiais, cuidados de enfermagem, risco e gestão da qualidade.

## **I.1 Gestão de Recursos Humanos**

Para o regular funcionamento dos serviços de saúde, existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes sectores profissionais, constituindo uma equipa multidisciplinar.

Recursos humanos, são as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa (Frederico, 1999).



Classificar pessoas como um “recurso” sublinha o facto de serem tão ou mais importantes como outros recursos. Os recursos humanos são os mais complexos da organização pelo que requerem particular atenção dos gestores e a sua gestão exige níveis elevados de cuidado, atenção e especialização.

Nas organizações hospitalares como sistemas sócio-técnicos, as pessoas representam o seu mais valioso recurso. São organizações de capital humano intensivo e dotado de qualificações técnicas muito diversificadas (Parreira, 2005).

As organizações são formadas por pessoas que através das suas capacidades, aptidões e motivações, orientam a sua actividade, de modo a alcançar determinados objectivos pessoais e institucionais (Anexo I).

Distribuindo-se pelos níveis institucional (d direcção), intermédio (gestão e assessoria), e operacional (técnicos, operários), constituem o único recurso vivo e dinâmico da empresa, vocacionado para o crescimento e desenvolvimento (Frederico, 1999).

### **Experiência Vivenciada na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários**

A multidisciplinaridade da actividade exercida na UCIC e a prestação de cuidados de saúde a doentes do foro cardíaco, tem que ser compreendida de uma forma integrada e integradora, pois o sujeito de toda a actividade desenvolvida é o doente, que tem que ser encarado de forma holística e não dividido em partes, que cada uma das profissões envolvidas vê de forma diferente.

O rácio enfermeiro versus doente, ainda não é praticado com base em nenhuma lei, tal como preconizava Judith A. Oulton, Secretária Geral do Conselho Internacional de Enfermeiros, numa alocução realizada em Lisboa, no dia 12 de Maio de 2006.

O tema “Dotações Seguras” tem sido debatido em vários fóruns de enfermagem, alicerçado na necessidade de garantir aos doentes “Cuidados Seguros”.

Actualmente, apenas existem recomendações relacionadas com a dotação de pessoal. Uma das mais conhecidas, segundo Parreira (2005), resultou de um grupo de trabalho coordenado pela Divisão de Estudos e Planeamento dos Recursos Humanos da Saúde que em 1998 actualizou a fórmula de cálculo de pessoal de enfermagem da ex-Direcção Geral dos Hospitais datada de 1989, que preconiza a seguinte fórmula do cálculo do número de enfermeiros necessários para o serviço de internamento:

$$EN^1 = \frac{Lo * To * HCN/DI * n^\circ \text{ dias / ano}}{T}$$

---

<sup>1</sup> Legenda: EN = nº enfermeiros necessários; Lo = lotação oficial; To = taxa de ocupação; HCN/DI = horas de cuidados necessários/dia de internamento; nº dias / ano = nº de dias de actividade do serviço por ano; T = horas de trabalho prestadas por enfermeiro por ano.



O mesmo departamento emitiu uma tabela acessória, onde constam as horas de cuidados necessários por valências, podendo observar-se que para UCIC, o valor médio recomendado para HCN/DI, é de 13.42 horas. Aplicando-se esta fórmula, pode constatar-se que a dotação de enfermeiros se ajusta ao recomendado.

Relativamente à distribuição dos enfermeiros por turnos, deverão ter-se em conta outros factores, como por exemplo a distribuição e o tipo de actividades ao longo do dia e o equilíbrio das equipas em cada turno, em função das suas competências técnicas e experiência profissional.

Sendo uma unidade de cuidados intensivos, verifica-se que no turno das 08 – 16 h, de maior impacto funcional e consumo de horas de cuidados de enfermagem necessárias, o rácio seguido é de 1 enfermeiro para 2 doentes.

Atendendo a que o serviço possui 5 camas para doentes agudos e uma unidade com 3 camas para doentes em fase de recuperação, torna-se mais difícil determinar um valor fixo. Outra situação que tem sido determinante, prende-se com a taxa de ocupação média, que raramente atinge os 100%.

A realização do horário de enfermagem foi uma das actividades realizadas em parceria com a enfermeira chefe na UCIC.

“Tradicionalmente, os chefes e os responsáveis por unidades de cuidados dedicam muito do seu tempo útil à elaboração de horários e escalas. Grande parte desse tempo é canalizada para a gestão de constrangimentos, desideratos e expectativas dos vários elementos da equipa, para a necessidade de encontrar soluções negociadas e para a sua posterior transcrição em mapas”.

(Tavares, 1990)

A apresentação dos horários deve realizar-se em determinados prazos, e a reunião e gestão de todos os requisitos (por exemplo: férias, baixas/atestados, dias de recuperação, trocas) nem sempre é fácil.

As unidades de cuidados com internamento, que trabalham em turnos de 24 horas (permanência de noite e de fim-de-semana), dependem de um número importante de recursos humanos altamente qualificados. Manter um número efectivo de elementos que garanta o funcionamento adequado dos serviços (tendo em conta a relação número de enfermeiro, auxiliar/cama, a taxa de absentismo avaliada no sector, as folgas, feriados e férias) é extremamente importante, e algo difícil de se atingir, uma vez que não existe uma instrução com base legal, que permita a sua execução técnica na sua plenitude, conforme atrás se evidenciou.

O horário do mês de Novembro, foi realizado tendo em consideração, sempre que possível, as contingências pessoais de cada profissional, no sentido de se manter o espírito motivacional e indo de encontro ao bom funcionamento do serviço.



Antes da sua finalização e envio para homologação pelo enfermeiro supervisor, o horário foi exposto durante um período de cerca de dois dias, proporcionando a todos os colaboradores a sua análise prévia e apresentação de eventuais alterações.

Cumpridos todos os pressupostos atrás mencionados, constatou-se que o horário foi bem aceite por toda a equipa de enfermagem.

### **Experiência Vivenciada no Serviço de Urgência Geral**

Gerir profissionais que trabalham no Serviço de Urgência, constitui um desafio ímpar. A maioria não gosta de rotina, gosta de converter o caos em ordem, sente-se motivada, é empreendedora e não aprecia um ambiente estático. Acompanhar uma área em mutação constante, com pessoas altamente interessadas, é uma tarefa desafiadora e, simultaneamente, compensadora.

Actualmente, os coordenadores da Urgência têm de recorrer a conhecimentos sólidos de organização, utilizar técnicas de comunicação interpessoal eficazes e aplicar princípios financeiros adequados.

É sabido que em Portugal, o facto dos Serviços de Urgência (SU) serem muito procurados pelos cidadãos / utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), talvez devido à ainda insuficiente rede de urgência básica, coloca inúmeras vezes em causa a sua missão, isto é, a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos / utentes em situação de doença e ou lesão realmente emergente e ou urgente.

Entende-se por situação de doença e ou lesão emergente, aquela onde é iminente ou está instalada a falência das funções vitais. Constitui uma situação de doença e ou lesão urgente, aquela onde existe risco de falência das funções vitais (CTAPRU, 2007).

Segundo a mesma Comissão Técnica,

“Existem muitas outras situações, agudas, com aparecimento recente, que não sendo consideradas emergentes nem urgentes, carecem de resolução rápida, no mesmo dia ou em horas, em “Consulta Aberta” a situações não programadas, sem marcação prévia. Estas últimas não são consideradas verdadeiras urgências, mas, na realidade portuguesa, têm sido incorrectamente encaminhadas e resolvidas nos SU”.

(idem, 2007)

Tal facto confere prejuízo evidente para os cidadãos / utentes que realmente carecem dos cuidados diferenciados dos SU, nomeadamente aqueles que experimentam situações de doença e ou lesão emergentes e urgentes.

Sempre que os tutores desempenharam a função de responsáveis de turno, houve a possibilidade de colaborar com eles, nas suas missões de gestão das equipas de enfermagem e de assistentes operacionais, nomeadamente na definição dos horários de pausa para as refeições, reorganização do grupo de trabalho em função das situações de emergência,



colaboração com os colegas em determinadas áreas com atraso de resposta de cuidados de enfermagem, ausências pontuais, gestão de pequenos conflitos de âmbito multidisciplinar ou inter-pares, reclamações eventuais de utentes e familiares, solicitação de eventual colaboração do enfermeiro de coordenação, entre outras situações.

Desde Fevereiro de 2001 que a equipa de enfermagem foi dividida em 6 equipas, tendo cada uma um enfermeiro responsável, que na falta deste assume a responsabilidade o 2º elemento da equipa e assim sucessivamente.

O enfermeiro responsável de turno é designado pelo enfermeiro chefe de entre os elementos em cada turno, sendo responsável por:

- Dar continuidade à acção do enfermeiro chefe, tendo em vista a qualidade de cuidados.
- Manter uma boa articulação com o chefe de equipa participando assim num melhor e mais eficaz funcionamento global da equipa de urgência.
- Zelar pelo cumprimento dos planos de trabalho aprovados, assim como do horário e pontualidade dos funcionários.
- Na ausência do enfermeiro chefe, deverá coordenar, orientar e supervisionar o pessoal assistente operacional.
- Actualizar o quadro de vagas no início de cada turno.
- Entre outras. (Regulamento do Serviço de Urgência, 1997)

Em termos gerais, o responsável de turno procura a monitorização constante do fluxo interno dos doentes e dos cuidados que lhes são ou deverão ser prestados, quer utilizando o sistema informático existente no serviço, quer deslocando-se às diversas áreas clínicas, assegurando-se do seu bom funcionamento, e cumprimento dos tempos de resposta espectáveis para cada situação, intervindo nos sectores com maior aglomeração de doentes e ou densidade de solicitação de cuidados, adoptando medidas específicas para agilizar globalmente a prestação de cuidados aos doentes, recorrendo como já foi referido, a eventuais reorganizações do trabalho.

A partilha da situação atrás descrita, com os tutores, revelou-se uma experiência enriquecedora e com ela foi facilitada a aquisição de novas competências no âmbito da gestão de recursos humanos assim como na gestão de cuidados especializados em enfermagem.

A articulação entre os diferentes grupos profissionais em qualquer serviço do hospital dever-se-á efectuar dentro das elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, assim como deverá ser privilegiado um clima relacional que propicie um bom ambiente de trabalho.



## I.2 Gestão de Recursos Materiais

Outra das actividades realizadas, relaciona-se com a gestão dos recursos materiais, processo que inclui o planeamento e requisição de materiais de consumo clínico, hoteleiro, fármacos, bem como a gestão de equipamentos (aquisição e manutenção), e instalações.

Numa organização hospitalar reconhece-se uma grande diversidade nos recursos materiais que vão desde um simples parafuso até outro material tecnologicamente mais sofisticado. “Associada a esta diversidade, verificamos a necessidade de um acompanhamento sistemático relativamente ao aparecimento de novos materiais, novas tecnologias, novos procedimentos, permitindo acompanhar o desenvolvimento” (Parreira, 2005).

*Segundo o mesmo autor,*

“Se associarmos a esta diversidade, os custos que representam (30 a 45% das despesas das instituições de saúde) e as características peculiares da organização hospitalar no que respeita à exigente manutenção de níveis de stock em determinadas categorias de matérias, pois alguns destas nunca poderão entrar em ruptura por colocarem em situação crítica a vida dos doentes”.

(idem, 2005)

Facilmente nos apercebemos da complexidade que envolve a gestão de recursos materiais de uma organização hospitalar.

Utilizando uma definição de Messias, citado por Castilho e Leite (1991), a gestão de materiais é um ramo especializado da ciência da administração, pois trata de um conjunto de normas relacionadas com a gestão de artigos essenciais à produção de um determinado bem ou serviço. Este facto é bem visível nos nossos dias pela existência de serviços especializados nesta área, cabendo-lhes a responsabilidade e centralização de todas as actividades relacionadas com materiais, prestando apoio a todos os serviços.

“Os recursos materiais poderão agrupar-se em bens de consumo, equipamentos e instalações. Por sua vez os bens de consumo englobam os seguintes materiais: produtos farmacêuticos, materiais de consumo clínico, produtos alimentares, materiais de consumo hoteleiros, material de consumo administrativo, materiais de conservação e manutenção, bens de equipamento e inventário e informática”.

(Ministério dos Assuntos Sociais, 1991)

Durante esta actividade específica, a colaboração nas requisições dos diversos produtos, atrás mencionados, foi uma constante.

No serviço de UCIC, as requisições são realizadas através de um programa informático, partilhado em rede, proporcionando uma maior celeridade do processo, algo que não acontecia anteriormente, através das requisições em suporte papel.



Os vários sectores de aprovisionamento, incluindo os serviços farmacêuticos, têm acesso em tempo real aos pedidos, podendo iniciar imediatamente, o processo de aprovisionamento dos bens e serviços.

Este sistema, permite ainda gerir com maior efectividade e rigor, as quantidades em stock e também a gestão de prazos de validade, minimizando ou eliminando as situações de ruptura.

Permite ainda visualizar os pedidos não satisfeitos pelos armazéns, evitando as requisições repetidas.

Relativamente ao Serviço de Urgência Geral, isto não se verifica sendo todo o processo desenvolvido em suporte papel.

Deve realçar-se, que atendendo à especificidade do serviço de UG, com grande diversidade de patologias, ocorrem inúmeros casos de prescrições de fármacos, inexistentes no stock pré-definido para o serviço. Este facto motivou a execução de várias requisições extraordinárias, cujo aprovisionamento, em função da quantidade e natureza dos produtos, na maioria das situações, já se realizou através do envio em cápsula específica, transportada através do já citado sistema de vácuo.

Concretizou-se ainda a oportunidade de colaborar na requisição de acções de manutenção e reparação dos mais diversos dispositivos médicos, em ambos os serviços.

### **I.3 Gestão de Cuidados**

Diversos autores classificam enfermagem como sendo a ciência e arte do cuidar.

Antecipar o futuro da enfermagem avançada, para os dias de hoje, como o título da presente Dissertação sugere, pode traduzir-se na busca do cuidar científico, baseando-se não só na investigação, mas também na abertura à descoberta de novos paradigmas, como advoga Jean Watson (2002):

“Dentro do paradigma emergente de enfermagem, a que chamo de modelo transpessoal de cuidar-curar, a enfermagem é capaz de construir sobre a sua melhor arte e ciência. É capaz de reclamar e reintegrar, a um nível mais profundo e mais elevado, os princípios originais de Nightingale. É capaz de atender à unidade da mente – corpo – espírito e à singularidade do ser humano / ambiente”.

(Watson, 2002)

Como em qualquer outro processo a implementar, a realização da Gestão de Cuidados de Enfermagem na área da EEMC, carece de desenvolvimento em várias fases: planeamento, realização, avaliação e melhoria.

Os serviços onde se realizaram os estágios, UCIC e Serviço de Urgência, apresentam grandes diferenças estruturais, arquitectónicas, e de missão (Anexo I).



A UCIC cuida e trata exclusivamente doentes do foro cardiológico, em situações de risco de vida, ao passo que no serviço de Urgência, a população alvo é mais abrangente, enquadrando-se nas mais diversas especialidades, e em situações de maior ou menor risco de vida e ou diferenciação clínica.

Por esse motivo, a gestão dos cuidados de enfermagem assenta em estratégias algo diferentes, ainda que centrada nos mesmos princípios gerais atrás invocados, mas traçando os mesmos objectivos, e que se prendem com a resolução dos problemas de saúde dos seus doentes, minimizando o seu sofrimento, resolvendo a sua sintomatologia aguda e se possível, reabilitando-os para retomarem o seu normal ritmo de vida e inserção plena na família e sociedade.

Na UCIC, o planeamento dos cuidados de enfermagem está focalizado na rigorosa e constante vigilância dos parâmetros vitais, acompanhamento e monitorização de outros sinais e sintomas e valorização de quaisquer queixas dos doentes. Ao longo da espectável evolução e melhoria do seu estado de saúde, os doentes vão transitando para enfermarias pré-definidas, em função do grau de diferenciação clínica.

Houve oportunidade de colaborar na gestão dos cuidados, em todas as fases do processo invocado, bem como na colaboração da efectivação de protocolos que podem originar maior ou menor índice iatrogénico, no acompanhamento de doentes durante a realização de técnicas invasivas diferenciadas (cateterismos) e colaboração directa nas cirúrgicas (implantação de pacemaker).

No serviço de Urgência a gestão dos cuidados de enfermagem requer outras estratégias, havendo maior dificuldade na avaliação e reavaliação da eficácia dos mesmos, atendendo ao amplo espaço físico existente, distribuído por corredores, alguns deles transformados em espaços mais ou menos confinados, onde também permanecem doentes, salas de tratamento, gabinetes de consulta, pequenas enfermarias, salas e outros compartimentos de apoio, dificultada também pela permanência simultânea de doentes com diferentes graus de gravidade das suas doenças, acentuada dispersão física, e risco constante de agravamento da sua situação clínica.

Ambos os serviços proporcionaram experiências inéditas e intensa interactividade técnica e profissional.

#### **I.4 Gestão de Risco**

Uma das vertentes que actualmente está a ter um grande enfoque, no âmbito da gestão dos serviços de saúde, relaciona-se com a gestão de risco.



Em instituições de saúde, o risco apresenta-se e caracteriza-se das mais diversas formas: clínico (erro de terapêutica), químico, físico, incêndio, eléctrico, queda, entre outros.

As organizações têm demonstrado uma preocupação cada vez maior no que se refere à qualidade de prestação de serviços e à segurança do doente e dos profissionais de saúde.

A gestão de risco é um processo implantado na organização, no caso, na saúde; de forma sistémica e sistemática com a finalidade de detectar precocemente situações que podem gerar consequências às pessoas, à organização e ao meio ambiente. O objectivo essencial, “é a medida preventiva, a percepção por parte das pessoas do que está estranho, inadequado ou errado, para que providências imediatas sejam tomadas, minimizando danos e prejuízos, que muitas vezes são imensuráveis” (Tavares, 1990).

Por outro lado, Parreira (2005) afirma que,

“Os factores de risco são situações, condições, procedimentos, condutas, atitudes e determinações que têm a probabilidade potencial negativa de acontecer. Nesse caso, pode causar danos a terceiros, ao próprio autor, além de outras consequências como prejuízos materiais e morais decorrentes do “problema” inicial, impactando de forma mais abrangente interna e externamente à organização”.

(Parreira, 2005)

Quer dizer que o trabalho dos profissionais da saúde, por tratar-se do cuidado ao doente directa e/ ou indirectamente, requer toda atenção e prevenção. Portanto, a gestão de risco é um processo muito amplo que traz à baila a cautela, e que tem a necessidade, de ser incorporada na política estratégica da organização pois o seu direccionamento, a tomada de decisão e o seu impacto positivo ou negativo recaem directamente nos recursos financeiros da empresa e reflectem a imagem da organização para a população.

O enfermeiro líder e competente na respectiva actuação já realizava há muito tempo, a gestão dos factores potenciais de risco e eventos adversos.

“Em 2009, o enfermeiro e a equipe de enfermagem já geriam muitos factores potenciais riscos (também denominados quase falhas ou near-miss) e eventos adversos por meio dos protocolos, das instruções normativas e, se a organização têm implantada a ficha de notificação de riscos; fica definido a monitorização estatística dos riscos nas unidades de saúde”.

(Daft, 1999)

Esse processo evidencia a participação do enfermeiro, pois além de identificar e notificar o risco, ele toma medidas preventivas, corrige o risco para minimizá-lo ou eliminá-lo, e ainda acompanha o desenvolvimento das acções implementadas para melhoria contínua.

Existe uma questão fundamental que contribui para evitar acidentes em geral. É a tranquilidade, ou seja, evitar a correria, o stress, o desvio da atenção, a intensa comunicação ao redor do trabalho, a diminuição do estado de alerta. Para isso, o ambiente organizacional precisa ter equilíbrio e harmonia, já que o trabalho diário na saúde é imprevisível (decorrente



do estado de saúde do doente) e sujeito a ameaças e vulnerabilidades quanto às condições externas e condições internas; factores que impedem com que o trabalho seja realizado de forma direccionada.

No decurso do estágio na UCIC, a enfermeira chefe propôs a análise do “Dissertação de Diagnóstico das Condições de segurança e Higiene no Trabalho”, datados de 14.09.2009, no sentido de resolver e dinamizar as acções correctivas que o mesmo sugeria.

Após a análise do mesmo, verificou-se que as diversas acções de melhoria sugeridas, abrangiam diversas áreas e processos de intervenção, que iam desde alterações de disposição física de equipamentos (suportes para botijas de oxigénio), processos de substituição de dispositivos médicos (aquisição de cateteres anti-picada), acções de formação (“Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas” e “Prevenção de Riscos Químicos”, bem como organização de diversos documentos relacionados com o processo da gestão da qualidade, e realização de tabelas de incompatibilidades de produtos químicos e afixação de procedimentos de emergência em situações de acidente com produtos químicos perigosos.

De todas as propostas, constatou-se que em algumas se conseguiria intervir de forma individual, recorrendo à pesquisa de bibliografia e documentos afins, outras, ter-se-ia que se recorrer a serviços especializados, existentes na instituição.

Desse modo, para o reforço de segurança e “fixação à parede com correntes”, das botijas de oxigénio, foi solicitada a intervenção dos técnicos do serviço de instalações e equipamentos, que após a devida requisição, procederam à concretização da acção correctiva proposta, em tempo oportuno.

Acerca da problemática da requisição e utilização generalizada dos cateteres anti-picada, foi agendada uma reunião com o director do serviço de património, aprovisionamento e logística, com o objectivo de transmitir o teor da proposta dos auditores.

Foi comunicado, que os mesmos já são adquiridos e utilizados em alguns serviços, mas que atendendo ao seu custo elevado, o orçamento do hospital, ainda não permite a sua generalização.

Conforme preconizado, procedeu-se à elaboração de um “Dossier” específico com os elementos sugeridos: Produtos químicos utilizados, actividades em que são utilizados, quantidades médias utilizadas por semana, manuais de prevenção de riscos químicos e fichas de dados de segurança.

Procedeu-se à fixação da Tabela de incompatibilidades de produtos químicos utilizados no serviço, na zona de armazenamento, permitindo uma consulta rápida e eficaz, pelos profissionais.

A fixação de procedimentos de emergência em situações de acidente com produtos químicos perigosos, não foi concretizada, porque os documentos ainda estão para aprovação pela



administração. Ficou acordado que, logo que os mesmos estejam autorizados e aprovados, serão afixados.

Quanto ao uso da substância Éter, a medida correctiva já estava implementada. O Éter deixou de ser contemplado pela política institucional de utilização de anti-sépticos e desinfectantes utilizado, tendo sido substituído pela Acetona.

Relativamente a uma das acções de formação propostas, para a qual não reunia a competência técnica necessária e suficiente, relacionada com “Prevenção de Riscos Químicos”, foi contactada e convidada a Sr.<sup>a</sup> Engenheira do ambiente do hospital, para dinamizar e apresentar uma acção de formação conforme proposto no Dissertação, a qual foi realizada na semana imediata, tendo-se verificado uma grande adesão e participação na mesma, por parte dos enfermeiros e das assistentes operacionais. Consideramos que esta acção de formação cumpriu os objectivos propostos (Anexo XIII).

Houve possibilidade de organizar e dinamizar uma acção de formação subordinada ao tema “Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas”, tendo para o efeito recorrido a uma colega especialista em enfermagem de reabilitação, que a ministrou, verificando-se também, grande adesão e participação, por parte dos mesmos profissionais (Anexo XIV).

Em correlação com esta temática, após conversa informal com a S.<sup>a</sup> Engenheira do ambiente, sugeriu-se à enfermeira chefe a aquisição de um transfere rolante, para facilitar a mobilização e transferência dos doentes dependentes, respondendo a uma das medidas correctivas apresentadas no referido Dissertação, e que sugeria a “sensibilização para as boas práticas na mobilização e movimentação manual de cargas. Sensibilização dos profissionais para a prática de Stretching Laboral”.

## **1.5 Gestão da Qualidade**

Ao iniciar esta nova etapa formativa, foi proposto concretizar mais um dos desafios pessoais, e que seria estudar e aprofundar conhecimentos para melhor compreender, os fundamentos e benefícios, associados à denominada “Gestão da Qualidade” e o porquê da assunção por parte de uma administração hospitalar, em iniciar e manter um projecto de “Acreditação e Certificação em Qualidade”, e de que forma, tal como o objectivo do estágio preconiza, este processo de certificação hospitalar, influencia o propósito da garantia da melhoria contínua dos cuidados.

Constata-se que este novo paradigma da Qualidade e Certificação de Serviços ou Instituições, foi acolhido pela área da saúde, após os bons resultados que outras empresas fora do sector da saúde obtiveram, tornando-se exemplos de competitividade, sucesso financeiro, marketing, e maior procura por parte dos potenciais clientes, sempre em função da mensagem de que os seus “produtos” eram de melhor qualidade, por serem “certificados em qualidade”, sendo a



cadeia de produção realizada com base em procedimentos e normas internacionais, normalmente emanadas e geridas por um organismo com sede na Suíça, denominado ISO.

Durante o exercício profissional, tem-se verificado que existem à disposição dos profissionais, um número cada vez maior de procedimentos e instruções, que facilitam o desempenho profissional, e concomitante melhoria dos cuidados prestados, porque são preciosos auxiliares, contendo informações específicas, sucintas, precisas, credíveis, sustentados em pesquisa científica (realizada por peritos na área) sobre determinada acção ou processo de realização.

Verifica-se também que a implementação de formulários específicos, vieram melhorar a evidência dos nossos actos e a possibilidade de análise de dados.

“Consegue-se com maior facilidade integrar e evidenciar as quatro etapas fundamentais de um processo ou actividade técnico-profissional: Planeamento (identificar e desenvolver o que se pretende fazer ou atingir), Realização (como fazer e suportado em que linhas orientadores, onde registar), Avaliação (auditar as práticas) e Melhoria (implementar acções preventivas e correctivas, que poderão implicar modificações ao planeamento, e assim sucessivamente) ”.

(Parreira, 2005)

Na instituição onde se realizaram os estágios verifica-se que a equipa local de gestão da qualidade, envia para todos os serviços, pastas denominadas Manuais da Qualidade, contendo determinados documentos, maioritariamente procedimentos, que deverão ser adoptados em determinadas situações, por todos os profissionais. Neste caso, estão englobados procedimentos baseados em normas éticas e deontológicas, alguns deles determinando a forma como a administração pretende que os profissionais em unísono procedam relativamente a direitos e deveres dos doentes, citando como exemplos, aquele que acautela o direito dos doentes à obtenção de uma segunda opinião médica, ou o que determina o modo de proceder, no caso de doentes de outras nacionalidades.

Os procedimentos, como atrás se refere, são baseados em normativas legais, em Guidelines emanadas por organismos credíveis, como OMS, colégios de especialidade, alguns organismos com função reguladora, como o Infarmed, entre outros.

Compete aos serviços produzir os seus próprios documentos, e construir o seu próprio Manual da Qualidade, onde constem os procedimentos, instruções e registos, associados à especificidade prática dos serviços.

### **Experiência Vivenciada na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários**

Durante o estágio e em função do propósito pessoal, colaborou-se com o serviço de UCIC neste âmbito, tendo levado a efeito a substituição das pastas antigas, por novas (Anexo V), organizamos e actualizamos o índice da pasta “Normas e Procedimentos”, e propusemos contribuir para a melhoria dos conteúdos da pasta de procedimentos do serviço.



Neste sentido, verificamos em que áreas técnicas poderíamos colaborar, em função da própria experiência e da necessidade do serviço.

Constata-se por outro lado, que não existe nenhum procedimento associado à “Traqueostomia”, na mesma unidade pelo que foi proposto à enfermeira chefe a elaboração do mesmo, uma vez que atendendo à especificidade do serviço, já existiram situações que requereram cuidados de enfermagem perante doentes Traqueostomizados (Anexo III).

Após a devida concordância, foi realizada a pesquisa científica necessária sobre o tema, e utilizando o formulário em uso pela instituição, concluiu-se com êxito a elaboração do procedimento sobre “Traqueostomia”, que após aprovação, será colocado no respectivo manual do serviço.

A maioria dos autores afirma que o objectivo central destes processos, é a procura da implementação e manutenção da Melhoria Contínua dos Produtos e Serviços, e cujo impacto principal, é a obtenção de Segurança (Cuidados Seguros) dos Processos, pretendendo-se obter a satisfação dos clientes (doentes), dos profissionais e da comunidade em geral, sem esquecer os investidores (estado ou privados), uma vez que o reconhecimento dos produtos e serviços de qualidade, produz aumento de procura, maiores lucros, que permitirão renovar o ciclo e reinvestir.

Em meio hospitalar, é também fundamental que as acções tenham aplicabilidade geral, obtendo-se procedimentos seguros e que sejam praticados da mesma forma por todos os profissionais, baseados nos mesmos fundamentos científicos e rigor de execução técnica, permitindo a avaliação de processos, reformulação se necessário, e a redução da margem de erro, normalmente associada a práticas isoladas, com base no empirismo, e desprovidas de rigor científico.

Verificou-se ainda, que relativamente ao protocolo do serviço da UCIC, para administração de insulina rápida, existente em folha de texto A4, poderia contribuir com mais uma inovação e melhoria para o serviço, pelo que, se planeou e construiu um cartaz do referido protocolo, que foi colocado na sala de trabalho de enfermagem, tornando-o mais visível e apelativo (Anexo IV).

Colaborou-se também numa acção algo inédita e da qual não tinha muito conhecimento, que consistiu no acompanhamento da enfermeira chefe, durante as auditorias aos processos clínicos de outros serviços (Otorrinolaringologia e Medicina 1 A e B), no âmbito das acções de melhoria contínua, decorrentes do processo de Acreditação, ao qual o hospital aderiu, e que são determinadas pelas regras e normativas da gestão da qualidade, auditadas pelos auditores da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde).

“A auditoria teve origem na área contábil, cujos primeiros registos datam do ano 2600 a.C. Somente a partir do séc. XII d.C. é adoptada a designação de auditoria. Na área da saúde foi primeiramente usada nos E.U.A. em 1918 na área laboral pelo médico George Gray Ward



que avaliava a qualidade da assistência aos doentes mediante a análise dos registos efectuados”.

(Parreira, 2005)

Na área de enfermagem os escritos datam de 1955 tendo sido desenvolvido no Hospital Progress também nos E.U.A.

“A auditoria revela-se como peça fundamental para assegurar a qualidade dos serviços de saúde, tanto integrada num programa de garantia de qualidade como num sistema mais vasto.

Poderá então definir-se auditoria como exames sistemáticos e independentes do desempenho e decisões do pessoal, realizados com a finalidade de verificar, apreciar e informar sobre o cumprimento dos requisitos operativos de um programa de qualidade ou do contrato de um produto ou serviço”.

(Imperatori, 1987)

Auditoria é a avaliação sistemática e formal de uma actividade, por alguém não envolvido directamente na sua execução, para determinar se essa actividade está a ser levada a efeito de acordo com os seus objectivos.

A auditoria em enfermagem é a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, mediante a análise dos registos e das próprias condições do doente.

O resultado da auditoria é obtido através da revisão mensal de uma amostra dos processos dos doentes, onde é analisada a concordância entre a classificação do auditor e a do enfermeiro responsável pelo doente seleccionado. Foi inicialmente considerado um critério válido de confiança sempre que a percentagem de classificações correctas fossem superiores a 75%.

De realçar que uma vertente específica das auditorias, focalizava-se no importante processo de prescrição, preparação, administração e validação de terapêutica.

“O uso de medicamentos é a intervenção de saúde mais frequente nos países desenvolvidos. Os erros relacionados com a medicação são a causa mais comum de eventos adversos evitáveis e as autoridades Europeias devem considerar esta questão como um importante problema de saúde pública” (Infarmed, 2010).

Esta é uma área onde se admite existir ainda possibilidade de melhoria, onde os erros podem causar os mais diversos danos, alguns deles irreversíveis, e cuja ocorrência, tem merecido grande destaque público.

Segundo alguns investigadores, os erros associados à terapêutica, não são objecto de registo e participação (formulário específico), ainda que a mesma seja realizada de forma anónima.

Pensa-se que a principal causa para esta situação, se deva à cultura da culpabilização, ficando para segundo plano, a implementação de acções correctivas e preventivas, focalizadas na alteração de procedimentos, com o objectivo final de implementar práticas e cuidados seguros.



Julga-se ter contribuído de forma singela, na prossecução da melhoria contínua dos cuidados e na gestão da qualidade.

### **Experiência Vivenciada no Serviço de Urgência Geral**

Relativamente ao serviço de Urgência Geral, verificou-se que não existia nenhum procedimento associado ao “Doente Cirúrgico no Serviço de Urgência: Preparação Pré-Operatória”, pelo que foi proposto a elaboração do mesmo, uma vez que atendendo à especificidade do serviço, existem diariamente situações que requereram cuidados de enfermagem perante doentes que vão ser submetidos a procedimento cirúrgico (Anexo V).

Após a devida concordância, foi realizada a pesquisa científica necessária sobre o tema, e utilizando o formulário em uso pela instituição, concluímos com êxito a elaboração do procedimento, que após aprovação, será colocado no respectivo manual do serviço.

Julga-se ter dado um singelo contributo, na prossecução da melhoria contínua dos cuidados e na gestão da qualidade.



## II CAPÍTULO - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados insere-se no seio de uma constelação de fenómenos e acontecimentos.

A conquista da autonomia e a procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, aliados aos problemas quotidianos decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, afectam os enfermeiros e têm-nos motivado para a exploração de vias alternativas, onde surgem novas Concepções de cuidados de enfermagem e novos modelos de organização da prestação dos mesmos cuidados. Esta preocupação tem-se manifestado ao longo dos anos, dando origem a uma evolução contínua.

Os modelos tradicionais de organização de cuidados de enfermagem foram-se enriquecendo com novas concepções orientadas para a pessoa. É que, a boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização - não é a pura satisfação de um direito formal; à competência técnica deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social.

Tendo em conta as diversas actividades que podem desempenhar, são muitas as capacidades exigidas aos enfermeiros. Além dos conhecimentos técnicos e científicos, é imprescindível que privilegiem e procurem desenvolver permanentemente as suas capacidades de comunicação e de relacionamento, dado que o sucesso das suas intervenções depende, em grande parte, da empatia que conseguem criar com os destinatários dos seus cuidados. É muito importante que saibam ouvi-los atentamente e que lhes consigam dar indicações claras e adaptadas ao seu nível sociocultural, criando a confiança e as condições necessárias para participação activa do indivíduo, família, grupos ou comunidade. Essas capacidades são também importantes no contacto com os familiares dos doentes e com os profissionais de saúde com os quais é habitual trabalharem.

Por outro lado, devem desenvolver competências que os ajudem a contactar quotidianamente com situações físicas e psicológicas de sofrimento e de crise, assim como lidarem com doentes em situação de doença grave, crónica e em fase terminal. Estas situações implicam um desgaste físico e psicológico e exigem ao enfermeiro capacidades e conhecimentos diversos, de modo a darem respostas personalizadas a cada doente e a dispensarem a observação, a atenção e o diálogo de que necessitam. Os enfermeiros devem ser, ainda, atentos, observadores capazes de agir com iniciativa, tomando decisões prontas e adequadas perante as mais diversas situações.

A capacidade de trabalhar em grupo de uma forma eficiente é também importante, pois muitas das actividades destes profissionais são desenvolvidas em equipa, quer com outros enfermeiros, quer com médicos, assistentes sociais, técnicos, psicólogos, assistentes operacionais, entre outros. Estas actividades são desenvolvidas em áreas tão diversificadas



como a ética, a gestão de risco, a qualidade de cuidados, higiene e segurança, infecção hospitalar, saúde ocupacional. Àqueles que desempenham funções de chefia ou de gestão é exigida a capacidade de aceitar outros níveis de responsabilidade, nomeadamente supervisionar e gerir recursos humanos, materiais e financeiros. Ainda a acentuada utilização da informática, a crescente complexidade e sofisticação das tecnologias utilizadas na área da saúde e o aparecimento constante de novos materiais e equipamentos leva a que os conhecimentos informáticos e tecnológicos sejam cada vez mais úteis no quotidiano destes profissionais.

O presente capítulo, insere-se no âmbito do segundo objectivo geral, com o seguinte teor:

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

Para atingir o objectivo geral atrás definido, de entre os vários objectivos específicos propostos, optou-se pelo desenvolvimento do seguinte objectivo específico:

**“Desenvolver o espírito autocrítico para situações/problemas novos relacionados com o cliente/família na área EMC de modo a garantir a melhoria contínua dos cuidados”.**

## **II.1 Planear Executar e Avaliar Cuidados de Enfermagem Especializados**

Os cuidados cardíacos têm vindo a desenvolver-se rapidamente baseado num vasto número de evidências que apoiam as muitas intervenções, com o objectivo de reduzir o sofrimento e tornar mais rápida a recuperação.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia,

“Cobrem todo o espectro de actividade, desde a prevenção, aperfeiçoamento dos cuidados primários, cuidados especializados e reabilitação. Este caminho dirigido para o doente é reconhecido nos planos de acção política do governo visando a redução da elevada taxa de mortalidade que ocorre, em particular, devido à doença coronária aguda”.

(SPC, 2007)

O plano do SNS dá prioridade aos cuidados cardíacos através da obrigação de uma avaliação mais rápida na suspeita de Angina de Peito, de tempo de espera mais reduzidos para cirurgia cardíaca e expansão dos serviços de reabilitação cardíaca.

“O primeiro estudo nacional de doentes com antecedentes de doença coronária, publicado em 2000, dá a conhecer os aspectos considerados pelos doentes como mais importantes,



apresentando desafios a enfermeiros e a outros profissionais de saúde no sentido de proporcionar aqueles em particular, conforto físico e dignidade, comunicação e informação”.

(Hatchett, 2006)

Neste contexto, os doentes acometidos com este tipo de patologia, são com frequência submetidos a procedimentos mais ou menos invasivos, e terapêuticas farmacológicas agressivas, que exigem a aplicação rigorosa de protocolos específicos, implementados pela UCIC, com alto risco iatrogénico.

Deve realçar-se que pelo facto de a estes doentes ser normalmente prescrito o repouso absoluto no leito, é fundamental uma monitorização e vigilância rigorosa, por parte dos enfermeiros, no sentido da prevenção e identificação precoce das situações de risco a ele associadas.

De entre os procedimentos invasivos, destaca-se o Cateterismo Cardíaco (CC) e a Arteriografia Coronária, que constituem meios de diagnóstico de rotina em doentes com suspeita ou diagnóstico de doença cardíaca, os quais houve oportunidade de observar e participar.

“As indicações clínicas para o Cateterismo Cardíaco incluem a isquemia do miocárdio, angina de peito, enfarte do miocárdio em evolução, insuficiência cardíaca cuja história sugira doenças coronárias ou valvulares e miocardiopatia congénita. O CC é útil tanto para confirmar achados físicos como para proporcionar uma base para a terapêutica médica ou cirúrgica”.

(Topol, 2005)

A Angiografia Coronária continua a ser o padrão – ouro clínico - para diagnósticos de doença arterial coronária.

Através dela, poder-se-ão adoptar as seguintes técnicas definidas por Brunner/Suddarth (1993):

- Angioplastia: Desobstrução de artéria coronária que esteja comprometida por uma placa de gordura ou um coágulo. É feita usando-se um balão que, posicionado e inflado no ponto de estrangulamento, restitui a circulação no vaso.
- Stent coronário: Fixação de uma tela de aço inoxidável na parede interna do vaso desobstruído durante a angioplastia, para impedir novo estrangulamento.
- Valvuloplastia: Desobstrução de válvulas cardíacas (pulmonar e mitral) por meio de um ou mais balões insufláveis, normalizando a livre circulação do sangue.

(Brunner/Suddarth, 1993)

O Cateterismo Cardíaco é realizado por uma equipa composta por técnico de raio-X, enfermeiro experiente e dois cardiologistas com experiência em procedimentos de cardiologia interventiva. Dura em média, 30 e 60 minutos, conforme o procedimento realizado e é efectuado na sala de Cateterismo, com o doente acordado (anestesia local), e sujeito a raio-X contínuo.

O American College of Cardiology (ACC) publicou directrizes para ajudar a decidir e aplicar esse procedimento invasivo, fornecendo uma estrutura básica para a prática da medicina



baseada em evidência, não substituindo o julgamento clínico e eventualmente outras pesquisas mais actuais.

Durante a realização deste procedimento, estabeleceu-se uma comunicação muito profícua com a equipa multidisciplinar, tendo apreendido todas as sequências do mesmo e os riscos a ele associados.

Durante a sessão observada, para além do Cateterismo e Angiografia Coronária, todos os doentes foram submetidos a Angioplastia com balão e a um deles procedeu-se à colocação de stent.

Verificou-se que foi rigorosamente cumprido o protocolo em uso pelo serviço.

“Considera-se que o futuro da Angioplastia Coronária permanece brilhante, atendendo à evolução e ao refinamento dos dispositivos utilizados, ao melhoramento da qualidade de imagem, através da RM e da TC, do uso da tecnologia de imagens híbridas, da reconstrução tridimensional em tempo real das AC, que permitirão a identificação de placas de arterioscleróticas vulneráveis, o genuíno “Santo Graal” de angiografia diagnóstica”

(Topol, 2005)

O estágio também proporcionou a observação e participação activa, durante a colocação de pacemakers, temporários e definitivos, atendendo à experiência pessoal como enfermeira de Bloco Operatório, tendo-se revelado uma actividade gratificante.

Um pacemaker é um pequeno dispositivo implantado na zona peitoral esquerda/direita por baixo da pele, que emite estímulos de baixa intensidade através de sondas introduzidas no coração e que estimulam o músculo cardíaco com o intuito de manter ou regular o ritmo cardíaco (Rodrigo, 2008). Segundo o mesmo autor,

“O pacemaker utiliza-se nos casos em que o doente apresenta constante ou eventualmente períodos de frequências cardíacas muito lentas (que em casos extremos poderá levar a paragem cardíaca), que comprometem a irrigação cerebral e dos restantes órgãos do nosso corpo, manifestando-se em sintomas tais como tonturas, desmaios e falta de ar.”

(idem, 2008)

O protocolo do serviço para a implantação de pacemaker, discrimina três fases distintas, iniciando-se pela preparação pré-operatória, à qual se segue o intra-operatório, e culminado com a fase do pós-operatório. Pode constatar-se que são seguidas as mesmas orientações técnicas, adoptadas em ambiente de Bloco Operatório, tais como jejum, consentimento informado, preparação da área cirúrgica, utilização de técnica asséptica cirúrgica, entre outras.

De referir que os doentes apenas são submetidos a anestesia local, permaneceram conscientes durante toda a cirurgia, podendo ouvir e comunicar com a equipa cirúrgica. A cirurgia em si é um procedimento relativamente curto, durando em média 60 minutos. Após a colocação do pacemaker o doente permanece algumas horas em observação. Qualquer procedimento cirúrgico pode acarretar complicações embora muito raramente as



complicações típicas de uma implantação de pacemaker impliquem risco de vida, podendo, no entanto, levar a internamento ou a uma reoperação.

Existe uma incidência de menos de 1% de complicações neste tipo de cirurgia. “As complicações mais comuns durante a implantação são: dissecação da veia de acesso, perfuração da parede do coração, paragem cardíaca por indução de bloqueios de alto grau, indução de taquiarritmias ventriculares, derrame pleural e derrame pericárdico” (Rodrigo, 2008).

Uma outra área muito importante desenvolvida ao longo do estágio na UCIC, foi o estabelecimento de uma relação de empatia com o doente, permitindo diminuir medos, angústia e ansiedade, proporcionando um ambiente de confiança, calmo e tranquilo.

Relativamente às intervenções de enfermagem, realçam-se as acções de ensino que ao longo de uma semana de estágio, foi possível proporcionar aos doentes submetidos à implantação de pacemaker, com recurso a uma linguagem acessível com vista à alta do doente, indo de encontro às dúvidas e necessidades manifestadas.

De seguida são apresentadas e esquematizadas as recomendações transmitidas aos doentes nas acções de ensino desenvolvidas:

- Durante cerca de 3 a 4 semanas após a cirurgia deve ter-se o cuidado de movimentar o menos possível o ombro do lado do pacemaker para evitar o deslocamento da (s) sonda (s);
- Pode movimentar à vontade o antebraço sendo de evitar pegar em coisas pesadas com o braço do lado do pacemaker, levantar o cotovelo mais alto do que o ombro ou dormir deitado para o lado do dispositivo;
- Deverá também evitar conduzir neste período de recuperação;
- Deve fazer os pensos no período recomendado evitando molhar ou sujar o penso enquanto o tiver. Nunca de deve coçar com as unhas a zona sobre o pacemaker. Terminado o processo de recuperação pós-operatório (mais ou menos um mês) pode realizar uma vida diária normal, fazendo tudo o que fazia antes de colocar o dispositivo;
- A vigilância do pacemaker é feita através de consultas periódicas às quais não deverão faltar;
- Deve evitar pancadas bruscas sobre o pacemaker;
- A orientação sobre o reinício ao trabalho, actividade física e sexual deve ser dada pelo seu médico;
- O reinício da actividade física deverá ser progressivo, de acordo com a tolerância ao esforço;
- Deverá evitar desportos de contacto, como por exemplo, a caça (em que se apoia a arma no ombro);
- Deve evitar aproximar-se de centrais/fontes de alta tensão/energia; utilizar máquinas ou equipamentos de alta energia; evitar a aproximação a fontes electromagnéticas ou de



micro-ondas de frequências curtas e evitar aproximar-se das antenas das centrais de telemóveis;

- Deve fazer-se acompanhar sempre do cartão de identificação do portador de pacemaker e informar sempre os profissionais de saúde que é portador deste tipo de dispositivo.

Um dos propósitos dos objectivos, definidos para o estágio, referia-se à emissão de eventuais juízos em situações de informação limitada ou complexa, e ao desenvolvimento de espírito autocrítico para situações ou problemas novos.

Neste âmbito, reflecte-se seguidamente sobre práticas relacionadas com a algaliação e manutenção de sistemas de drenagem.

Considera-se que nestas situações, existe algum potencial de melhoria, associado às práticas da UCIC, em contraste com Guidelines e recomendações de vários organismos nacionais e internacionais.

O uso de algália constitui hoje uma componente essencial dos cuidados de saúde. A infecção do trato urinário associada à cateterização vesical constitui a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) mais comum e representa cerca de 40% do total das infecções com base nos estudos do Centers for Disease Control (CDC) (Direcção Geral de Saúde 2009).

A frequência com que os doentes são algaliados e o tempo da permanência da algália determinam o risco de infecção. As práticas de algaliação, manutenção e remoção também são relevantes do ponto de vista da prevenção e controlo da Infecção do Trato Urinário (ITU).

De acordo com os resultados Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI-DGS), a prevenção da infecção urinária em doente algaliado assenta essencialmente em quatro níveis de intervenção, todos eles igualmente importantes. É preciso que sejam cumpridos todos os pressupostos de prevenção quer estes sejam baseados em evidência científica, quer em evidência clínica e que são os seguintes: avaliação da necessidade de algaliação; selecção do tipo de algália; inserção e manutenção asséptica da algália e sistema e remoção correcta da mesma.

A ITU em doente algaliado é a 2.<sup>a</sup> causa mais frequente de IACS e vários estudos apontam para um crescente índice de mortalidade relacionado com o desenvolvimento de urosépsis e pode agravar o problema das resistências aos antibióticos (PNCI, 2004).

O Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), recomenda técnicas adequadas para a manutenção do cateter urinário associado à algaliação de curta duração (7 a 10 dias):

**1-** Após a inserção asséptica do cateter urinário, manter um sistema de drenagem fechada.

(Categoria IB)

**2-** Em caso de quebra da técnica asséptica, desconexão ou vazamento ocorrer, substitua o cateter e sistema de coleta utilizando uma técnica asséptica e equipamento estéril.

(Categoria IB)



- 3- Usar precauções padrão, incluindo o uso de luvas e avental conforme o caso, durante qualquer manipulação do cateter ou sistema de coleta. (Categoria IB)
- 4- Recolher o saco vazio regularmente usando um separado, recolhendo para um recipiente limpo para cada doente, evite espirrar e evite o contacto da torneira de drenagem com o recipiente de recolha não estéril. (Categoria IB)

Por outro lado, as recomendações para a prevenção da infecção do trato urinário associada à algaliação de curta e média duração, do Programa Nacional de Controle de Infecção, com o objectivo de salientar as medidas de prevenção das mesmas são muito claras e devem ser cumpridas:

- 1- O sistema de drenagem deve funcionar em circuito fechado com um sistema de esvaziamento concebido de modo a evitar a contaminação. O circuito fechado só deve ser quebrado por motivos específicos, limitados e claramente definidos. (Categoria IA)
- 2- Se ocorrer quebra de técnica asséptica ou desconexão do sistema de drenagem, o mesmo deve ser substituído, usando técnica asséptica. (Categoria II)
- 3- O saco de drenagem não deve ser substituído por rotina mas sim:
  - Na altura de substituição da algália;
  - Quando estiver danificado ou com fugas;
  - Quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos;
  - Quando se verificar cheiro desagradável;
  - Se houver saída accidental do saco e/ou sistema. (Categoria II)

A realidade do serviço de UCIC encontra-se distanciada das recomendações internacionais e nacionais não sendo as mesmas cumpridas em diversos aspectos.

Os sacos colectores são substituídos no final de cada turno, pelos Assistentes Operacionais, quebrando o sistema de drenagem que se deve manter fechado, segundo recomendação acima mencionada.

Se o sistema fechado for quebrado, implica o uso de técnica asséptica para o substituir sendo da competência do enfermeiro fazê-lo, o que não se verifica.

Sugere-se o despejo do saco colector segundo as recomendações acima descritas, o que implicará a adopção de novas práticas.

Para que tal aconteça, será necessária a aquisição e utilização de novos sistemas que o permitam, facto este que terá outros custos e um envolvimento conjunto com a Administração e a Comissão de Controlo de Infecção (CCI), de forma a proporcionarem os recursos necessários às boas práticas recomendadas.



Relativamente às terapêuticas farmacológicas agressivas, que exigem a aplicação rigorosa de protocolos específicos, é realçada a técnica da Fibrinólise, que requer uma intervenção com base em pressupostos bem definidos e em tempos de actuação determinados.

Nas últimas décadas, importantes avanços na terapêutica trombolítica vêm proporcionando diminuição da mortalidade dos doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) ou Trombo Embolia Pulmonar (TEP).

Os fibrinolíticos ou trombolíticos são activadores do plasminogénio usados na terapêutica da trombose para dissolver rapidamente a rede de fibrina e assim dissolver os trombos (Costa, 1998).

Estão indicados para qualquer doente com EAM para os quais o benefício é provavelmente superior ao risco.

Os activadores do plasminogénio podem ser infundidos com a finalidade de dissolver coágulos (EAM), mas a trombólise não terá sucesso a menos que possam ser administrados intravenosos ou intra-arterialmente, de forma rápida após a formação do trombo (Costa, 1998).

Os trombolíticos estão indicados nos casos de TEP que não requeira intervenção cirúrgica, na TVCP e no EAM.

A trombólise pré-hospitalar ainda não se recomenda por estar associada a riscos graves como as arritmias malignas e implicar o transporte do doente para o hospital por uma equipa especialmente treinada e equipada.

Os fármacos mais utilizados são: Estreptoquinase, Reteplase, Alteplase, Duteplase e Tenecteplase.

“O uso de trombolíticos deve ser feito com precaução. Acarreta o risco de hemorragias, inclusive a partir de uma punção venosa ou de qualquer processo invasivo. Os efeitos adversos incluem náuseas, vômitos e hemorragia. Quando são usados no EAM podem ocorrer arritmias de reperfusão. A hipotensão, a surgir, obriga a reduzir ou suspender temporariamente a perfusão. A hemorragia é habitualmente circunscrita ao local de unção, embora possa ocorrer noutros locais”

(Morais, 1997)

É importante ressaltar o papel do enfermeiro sobre o conhecimento dos fármacos trombolíticos, pois a utilização e o manuseio destes, assim como a presença de possíveis complicações que possam acontecer, decorrentes da administração desse fármaco, serão muitas vezes identificadas por meio do competência técnico-científico que este profissional apresenta.

Cabe aos Enfermeiros fazer uma correcta anamnese no momento da entrada do doente na UCIC, contribuindo para que não haja perdas de tempo desnecessárias, uma vez que a questão temporal é primordial.



Dado tratar-se habitualmente de doentes em grande stress e com dor marcada, torna-se necessário proporcionar-lhes conforto e levá-los a ter a máxima confiança em toda a equipe que os vai tratar.

A administração dos fármacos tem que ser feita em tempo útil e sempre com grande atenção para evitar erros que podem ser fatais (Hatchett, 2006).

As principais actividades de enfermagem, segundo o mesmo autor, durante e após tratamento trombolítico são:

- Explicar o procedimento ao doente / família;
- Vigiar atentamente hemorragias externas dos locais de punção venosa e arterial;
- Vigiar alterações do estado de consciência;
- Administrar oxigénio na dose prescrita;
- Administrar analgésicos se prescritos;
- Preparar trombolítico na dose prescrita, tendo em atenção o diluente e o tempo de infusão apropriados;
- Canalizar 2 acessos venosos (1 para administração de fármacos e outro para colheitas de sangue);
- Monitorizar e estar atento a todos os parâmetros hemodinâmicos (ECG, valores de PA e oximetria periférica);
- Colheitas de sangue para bioquímica (enzimas), hemograma e coagulação;
- Controlar valores de aPTT de 6/6 h e sugerir ajustes de heparina;
- Vigiar reacções alérgicas (febre, exantema cutâneo e broncospasmo).

(idem, 2006)

Ainda dentro do mesmo espírito autocrítico dos objectivos traçados e relacionados com situações ou problemas identificados durante o ensino clínico, foi identificada uma outra situação passível de melhoria, associada directamente à utilização de fibrinolíticos.

Segundo os fabricantes dos mesmos, os fármacos citados, deverão ser providos e mantidos, sem que ocorra qualquer quebra da chamada cadeia de frio, uma vez que deverão manter-se entre os 2º e os 8º centígrados, com risco de ineficácia ou alterações não controláveis.

Segundo a Norma Portuguesa, NP EN ISO 13485, relativa a Dispositivos Médicos; Sistemas de gestão da qualidade; Requisito para fins regulamentares, ponto 7, pode ler-se o seguinte:

“A organização deve estabelecer procedimentos documentados para assegurar que a monitorização e medicação podem ser e são de facto realizadas de uma forma consistente com os requisitos de monitorização e de medicação.

Onde for necessário assegurar resultados válidos, o equipamento de medição deve:

- a) Ser calibrado ou verificado, em intervalos especificados ...”

(NP EN ISO 13485)

Verifica-se que relativamente ao termo higrómetro existente na frigo-farmácia da unidade, não existe qualquer registo de calibração inicial, nem estão definidos períodos de tempo para as calibrações posteriores, nem estas foram realizadas, conforme recomendação atrás citada,



condição essencial para garantir que o processo de manutenção da cadeia de conservação em frio dos fármacos, seja assegurado.

Relativamente ao Serviço de Urgência, a gestão, planeamento e avaliação dos cuidados especializados serão desenvolvidos em função das múltiplas áreas clínicas.

A “Sala Aberta” da UG, é um dos locais onde os doentes classificados pelo sistema de triagem, de amarelo ou laranja, aguardam pelos cuidados e intervenções de enfermagem, assim como pela consulta do médico da especialidade correspondente às queixas do doente.

As características físicas deste espaço estão muito aquém do ideal recomendado e pretendido, para pessoas doentes, na sua maioria idosos, que se encontram numa situação de grande sensibilidade e fragilidade, devido ao seu estado de doença.

De um lado da sala ficam os homens, do outro lado as mulheres, deitados em macas pouco confortáveis, normalmente durante um longo e penoso período de espera pelo tratamento, ao qual têm direito, sem qualquer tipo de privacidade, não existindo biombos ou outro sistema análogo que permita a sua preservação.

Este ambiente físico é a antítese de tudo o que um indivíduo doente precisa, com algum deficit de humanização, na maioria das situações sem a companhia de familiares ou acompanhantes, agravado por situações visivelmente perturbadoras, tais como: ruído constante e inadequado ao descanso, movimentação permanente dos vários profissionais de saúde e outros, pelo facto desta sala se encontrar em zona central e de passagem. Apesar de tanto movimento, existe evidente falta de apoio personalizado.

Outra situação relevante e que necessita de atenção especial por parte de todos os profissionais de saúde, está directamente relacionada com o facto de que a grande maioria dos doentes que permanece mais tempo na Sala Aberta, pertencem a uma faixa etária acima dos 70 anos, sendo por esse facto mais sensíveis às alterações bruscas do ambiente que os rodeia, que neste caso, poder-se-á considerar hostil.

Os idosos são mais dependentes de apoio próximo, apresentam com mais frequência alterações da consciência, que podem ser somente por espaços curtos de tempo, devido à agudização de patologias crónicas, necessitando por isso, de uma maior vigilância, algo que neste espaço físico, não é possível garantir-lhes de forma contínua, durante a sua permanência.

A este respeito, Hayes (2003) destaca que os idosos independentes apresentam uma média de três problemas crónicos. Esse número aumenta, nas situações em que as pessoas estão institucionalizadas.

Se considerarmos as expectativas do envelhecimento demográfico, este aumento será ainda mais significativo, afectando em vários aspectos os SU no século XXI. Em relação a Portugal, prevê-se que em 2050 o aumento de pessoas idosas corresponda a 32%, representando 3 milhões de pessoas (INE, 2002).



Advindo dos aspectos referidos anteriormente, outra especificidade emerge em relação às pessoas idosas no SU, a dificuldade e a complexidade das suas histórias pessoais e clínicas. Este problema é muitas vezes agudizado pela dificuldade na comunicação, da demência e delírio.

É importante também, considerar a situação socioeconómica das pessoas idosas, muitas vezes associadas ao baixo rendimento e a uma rede social de apoio escassa.

Perante esta realidade, um novo paradigma tem emergido, associado ao envelhecimento populacional, sendo importante que os enfermeiros o conheçam, reflectam acerca dele e comecem a incorporar estes factos no cuidado da pessoa idosa, nos serviços de urgência, atribuindo, aplicando e “praticando” humanização.

Uma metáfora frequente para ilustrar esta realidade é expressa por Rubenstein (1996), os serviços de urgência devem ser um mar de icebergs geriátricos. Esta metáfora, busca representar o episódio agudo como a ponta do iceberg e que se não tivermos em consideração os factores imersos, acabamos por não dar resposta aos verdadeiros problemas dos idosos.

É urgente e determinante reconstruir uma nova realidade, em que para além de serem criadas condições físicas e estruturais adequadas, será necessário apostar na formação gerontogeriátrica de todos os profissionais de saúde, facilitando a tomada de decisão no cuidado.

Durante o estágio, surgiu a oportunidade de ficar alocada à sala aberta e respectiva sala de enfermagem, onde são prestados todos os cuidados de enfermagem que estes doentes necessitam e cumprida a prescrição médica, como por exemplo: colheita de amostras de sangue para análise, algaliação, entubação gástrica, administração de terapêutica, fluidoterapia, enema de limpeza intestinal, preparação pré operatória, encaminhamento para ECG, RX, ecografia, TAC, entre outros.

## II.2 Estabelecer Prioridades no Doente Crítico

A evolução do exercício de Enfermagem tem-se processado, no sentido de uma cada vez maior exigência de qualificação profissional e de diferenciação das habilidades técnicas, científicas, relacionais e deontológicas. Os cuidados de saúde na área da anestesia, cuidados intensivos e urgência vêm adquirindo uma importância vital na melhoria do cuidado especializado na situação de emergência.

“A Paragem Cardio Respiratória (PCR) é uma situação de emergência que exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata, metódica e organizada. A prestação de cuidados neste contexto exige uma formação estruturada, para que se desenvolvam competências específicas, abrindo caminho para a organização das práticas de trabalho, agindo nesta situação com a máxima brevidade e eficiência.

(Antunes, 2009)



Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento do número de admissões e complexidade destas nos serviços de urgência, este impacto significativo no exercício profissional suscita debate em relação à forma mais apropriada de intervir e por outro lado apresenta-se como um desafio às equipas multidisciplinares, seja no próprio trabalho e organização da equipa, seja na permanente actualização teórica.

As qualificações técnicas, científicas e a experiência profissional, no âmbito da Reanimação Intra-Hospitalar, configuram uma expressiva forma de indirectamente, preconizar a necessidade de diferenciação dos enfermeiros que exercem a sua actividade profissional nestas áreas.

A identificação precoce dos doentes em risco facilita a intervenção mais apropriada e a prevenção da deterioração da situação clínica.

Em contexto hospitalar a maioria das paragens cardio-respiratórias não são súbitas ou eventos imprevisíveis, a deterioração pode iniciar-se até seis horas antes da paragem, muitas vezes esta deterioração é lenta e progressiva.

O reconhecimento prévio e o tratamento efectivo dos doentes críticos, pode prevenir a paragem cardio-respiratória, em geral os sinais clínicos são semelhantes nas diferentes situações de emergência e compreendem alterações no sistema respiratório, cardiovascular e neurológico.

Os profissionais de saúde do Serviço de Urgência Geral do CHTV (médico e enfermeiro), são responsáveis por dar resposta adequada a qualquer situação interna, de carácter clínico emergente, situação de paragem e peri-paragem cardio-respiratória, em toda a área do hospital exceptuando Serviço de Pediatria (Internamento e Consulta Externa), Urgência, Serviço de Cardiologia, UCIC, Bloco Operatório Central e UCIP, como nos esclarece o Procedimento Interno do Serviço de UG (2002).

Na circunstância de ocorrências emergentes que tenham lugar nas unidades de internamento, consulta externa ou áreas comuns deverá ser activado o sistema de Resposta à Emergência Interna, marcando telefonicamente o nº # 112.

Este número telefónico é de uso exclusivo para situações de paragem e peri-paragem cardio-respiratória.

Na sequência da chamada é activada a equipa escalada à Emergência Interna: um médico e um enfermeiro, cumprindo escala no Serviço de Urgência Geral.

Os elementos integrantes são elementos com formação adequada e actualizada na área de Suporte Básico de Vida / DAE e Suporte Avançado de Vida no Adulto.

O tempo que medeia entre a recepção do pedido de socorro e a chegada da equipa ao local, não deve ser superior a 5 minutos.



Perante uma situação eminente de colapso ou risco de paragem, deve ter-se a seguinte actuação:

- Iniciar de imediato manobras de SBV / DAE pelo enfermeiro até à chegada da Equipa de Emergência Interna.
- Simultaneamente mobilizado o carro de Emergência para junto do doente.
- Ligado o Monitor - desfibrilhador e colocar respectivos os eléctrodos.
- Inteirada de toda a situação, a equipa de emergência interna inicia SAVA se indicado.
- A equipa de Emergência Interna deverá tornar as decisões necessárias ao tratamento final do doente.

Cada activação deve ser alvo de um registo apropriado, em folha adequada para o efeito. (Procedimento Interno do Serviço de UG, 2002).

Durante o decorrer do estágio surgiu a oportunidade de acompanhar a equipe de emergência interna ao serviço de Urologia, a uma situação de paragem respiratória.

Quando a equipe de emergência chegou ao local o doente já se encontrava monitorizado, com o carro de emergência junto dele, havendo apenas necessidade de ventilar o doente de forma efectiva, para ser notória a sua recuperação.

No entanto, permitiu ficar com a noção da necessidade de efectiva articulação, para que o tempo de chegada da equipe de emergência seja cumprido, e se possível, cada vez menor, assim como a actuação imprescindível por parte dos profissionais dos locais de chamada com a monitorização dos doentes e o início do Suporte Básico de Vida versus Desfibrilhação Automática Externa.

Entende-se haver necessidade de definir as funções e responsabilidades de uma equipa desta importância que ao fim ao cabo dá apoio a toda a instituição perante a iminência de uma PCR.

Assim, sugerimos alguns aspectos de alicerce para a criação de um Plano de Actuação:

- Determinar a organização e divulgação de um Plano de Emergência Médica Intra - Hospitalar e monitorizar o seu funcionamento.
- Recomendar a adopção e divulgação de procedimentos e critérios de actuação da equipe multidisciplinar da emergência, definindo protocolos e monitorizando o seu funcionamento.
- Manter um registo actualizado de todas as situações de activação e actuação da equipa de emergência, para avaliação posterior.
- Definir as competências dos colaboradores em matéria de emergência médica e reanimação e promover junto destes as acções necessárias ao cumprimento do Plano de Emergência Médica Intra – Hospitalar.

Em seguida, será feita referência à Sala de Emergência, outra área de grande relevância no âmbito da abordagem e tratamento do doente crítico.



Todos os dias somos confrontados com inúmeros acontecimentos que nos afectam, mesmo quando não incidem directamente sobre nós. Situações de doença súbita, acidentes de viação, acidentes de trabalho, entre outros, que contribuem todos os anos para a mortalidade e morbilidade de milhões de pessoas em todo o Mundo. Numa outra escala, os conflitos, os desastres naturais, os incidentes industriais, entre outros, afectam irremediavelmente a vida de inúmeras pessoas, muitas vezes de forma irreversível e em poucos minutos.

Sob o ponto de vista de Sheely's, (2001),

“O importante papel da sala de emergência, está na combinação do pronto atendimento médico e de actividades de enfermagem intensivas, aliados ao correcto uso de equipamentos, materiais e medicamentos, resultando num trabalho integrado e cooperativo realizado por uma equipa multidisciplinar”.

(Sheely's, 2001)

O processo do atendimento ao doente admitido na sala de emergência está relacionado à existência de materiais e equipamentos adequados e sobretudo, a uma equipa que desenvolve um atendimento sistematizado, organizado e disciplinado. (idem, 2001)

O tratamento do doente crítico requer uma rápida avaliação das suas condições e a instituição de medidas salvadoras de vida. A perda de tempo no atendimento inicial pode ser evitada por uns procedimentos treinados e revistos periodicamente. Este processo envolve as seguintes etapas:

- Planeamento;
- Triagem;
- Avaliação primária e restabelecimento dos sinais vitais;
- Avaliação secundária;
- Reavaliação;
- Tratamento definitivo.

Após a estabilização do doente através do ABCDE, inicia-se a fase de investigação com avaliação e exames complementares (Neida, 2003).

O trabalho na Sala de Emergência (SE) contém uma especificidade que a distingue dos demais serviços de saúde. A assistência deve ser realizada de forma imediata, além de eficiente e integrada.

Todos os profissionais de saúde que trabalham neste âmbito, num ambiente extra, intra e pré hospitalar, devem saber que em determinados momentos, a acção do cuidar assume dupla função, isto é, a emergência do cuidado e o cuidado de emergência.

“Portanto, quando um doente chega em situação de emergência, o atendimento deve ser feito o mais rápido possível. Porém, ao longo do atendimento o doente vai solicitando outros cuidados que são de ordem subjectiva: o organismo, por meio de gestos, sinais e sintomas, indica o que a tecnologia não pode determinar”.

(Figueiredo, 2006)



Este local caracteriza-se pela exigência de amplo conhecimento técnico e teórico, por parte dos diversos profissionais, competências e emprego de recursos tecnológicos (Deslandes, 2002).

Sendo assim, a sala de emergência é o local do hospital preparado para o atendimento de doentes críticos, com potencial risco de vida (Magnago, 2002).

“Uma emergência pode instalar-se a partir de diversos tipos de traumatismos, tais como: traumatismo crânio-encefálico, raqui-medular, torácicos, abdominais, músculo-esquelético, hemorrágicos, por queimaduras, por choque eléctrico, por afogamento, por ataque cardíaco, por desfibrilhação semi-automática, por convulsões, por acidente vascular cerebral, por alterações de consciência e por emergências respiratórias”.

(Figueiredo, 2006)

Nesse sentido, acredita-se que o sucesso da assistência prestada em salas de emergência tenha relação directa com a interacção entre os recursos humanos e tecnológicos, aliado à organização do processo de trabalho empregado para a sua realização.

A sala de emergência do CHTV situa-se na UG com acesso directo para o exterior, acesso facilitado para o serviço de Imagiologia e de fácil acesso através de um elevador directo para o Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

Na maioria das situações, o doente pode chegar à SE vindo directamente da rua, em ambulância, em automóvel particular, ou em helicóptero. Quando passa primeiro pela triagem, pode ser encaminhado para a SE por atribuição de situação emergente pelo enfermeiro. Ou ainda, vindo de qualquer ponto da UG por agravamento da sua situação clínica.

As equipas multidisciplinares devem estar em condições de actuar rapidamente, pois nem sempre são avisadas com antecedência, ou quando são, não sabem objectivamente em que condições os doentes se apresentam e os cuidados que vão necessitar no imediato.

Pretendemos realçar e enfatizar esta situação de deficit de comunicação, área com nítida margem de melhoria, e que poderá colocar em risco a eficácia do socorro imediato aos doentes críticos, como pude comprovar e observar em algumas situações.

A composição da equipa é variável em função dos recursos humanos disponíveis. Contudo, o ideal será uma equipe multidisciplinar, em que estejam representadas a medicina interna, a enfermagem, a cirurgia, a ortopedia e outras especialidades. Os elementos da equipa são avisados através da emissão de um sinal sonoro accionado por um profissional da SE.

À chegada, o doente é imediatamente transferido para a maca da SE, monitorizado e iniciada a avaliação primária: um método organizado de avaliação da via aérea, da ventilação, da circulação e de função neurológica. Este método compreende um exame inicial, rápido, que se concentra na detecção de lesões que constituem risco imediato para a vida do doente (obstrução da via aérea, pneumotorax hipertensivo e hemorrágico, entre outros).



Segundo Sheehy's (2001),

“O enfermeiro da SE deve preparar-se para entubação endotraqueal, traqueostomia ou cricotirotomia, perante uma emergência da respiração, durante a avaliação inicial. A hipovolémia e hemorragia externa são identificadas durante a avaliação da circulação, exigindo a introdução de cateteres intravenosos de grande calibre, para reposição de fluidos”.

(Sheehy's, 2001)

A avaliação posterior, que já é mais completa, inclui a avaliação da estabilidade hemodinâmica, dos antecedentes pessoais e um exame físico completo.

Os exames diagnósticos, incluem as análises laboratoriais, os exames radiológicos, o ECG, a ecografia entre outros mais invasivos como a angiografia coronária.

As situações de urgência / emergência, que tivemos oportunidade de vivenciar, agrupam-se em traumáticas e médico-cirúrgicas. Dentro das traumáticas destacamos o traumatismo craniano, traumatismo da coluna vertebral, traumatismo torácico, traumatismo gastrointestinal, traumatismo ortopédico e neurovascular; de entre as médico-cirúrgicas, enumeramos as urgências respiratórias, cardiovasculares, neurológicas, gastrointestinais, toxicológicas e choque.

Através do acolhimento do doente crítico na SE, devem desenvolver-se competências relacionadas com a sua abordagem sistemática, realizando a avaliação primária e secundária para poder actuar em conformidade, estabelecendo prioridades e integrando os cuidados de forma holística, eficientes, seguros e de qualidade.

A visão holística do doente é fundamental para integrar cuidados de qualidade. Leite e Strong (2006) citando Berrinelli, Waskiewicz, Erdmann, referem que, “só é possível cuidar da vida de um ser humano se o compreendermos na sua totalidade, diferenças, pluralismo e na diversidade”.

Tendo em conta, que é da competência do enfermeiro especialista, prestar cuidados de qualidade que exijam um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, estabelecer prioridades de intervenções de enfermagem e responsabilizar-se pela áreas de enfermagem quando integra uma equipa multidisciplinar, procurou-se durante a realização do estágio, participar activamente na prestação de cuidados diferenciados de superior qualidade.

Relativamente à organização da SE, ainda que com natural potencial de melhoria, já apresenta um nível elevado, dependendo naturalmente dos intervenientes. Possui o equipamento técnico indispensável, tal como ventiladores, desfibriladores, monitores multifunção, bombas e seringas infusoras, sistemas de vácuo canalizado, rampas de oxigénio e ar, sendo de realçar a organização de carros específicos, como por exemplo, o carro de via aérea, carro de cateterização venosa periférica e carro de pensos.



### III CAPÍTULO - COMUNICAÇÃO

A ciência da comunicação, até há bem pouco tempo, tem sido tratada com algum desdém e deixada à arbitrariedade e à boa vontade de cada profissional de saúde. Hoje, ela não se pode conceber ausente do perfil de competências dos enfermeiros. A nossa responsabilidade, face àqueles que cuidamos, obriga-nos a uma melhor utilização dos recursos e estratégias para promover a comunicação em enfermagem, como uma competência que nos diferencie nas equipas de saúde.

Às dificuldades vividas por cada um de nós enfermeiros ao longo da trajectória profissional segundo Benner (2001), não é certamente estranha a complexidade da competência em Enfermagem, associada à complexidade da comunicação e da relação de ajuda.

Existem imensas definições de comunicação, invariavelmente dependentes das diferentes origens científicas dos autores e conforme a área técnica a que se aplicam.

A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. “Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2005).

Ainda segundo a mesma autora, a comunicação é um processo tão complexo que, tendo em conta as ciladas que se apresentam, o seu sucesso é quase um milagre.

A comunicação não é portanto uma coisa simples, pois além do mais, neste fenómeno, nada pode ser considerado de maneira isolada: cada ser existe em interacção com os outros, num determinado contexto e numa determinada cultura.

Cada interlocutor está mergulhado num universo perceptual que lhe é próprio. Interpreta o Mundo com a sua própria visão e, por selecção e reagrupamento, modula, dá sentido, cria de alguma forma a informação à medida que a transmite. Não é portanto surpreendente que haja dificuldades na comunicação.

A comunicação entre enfermeiro e doente, cabe muito bem nesta definição, segundo Phaneuf (2005).

Este capítulo está relacionado com o terceiro objectivo geral, definido pelo plano de estudos do curso, que tem o seguinte teor:

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



### III.1 Comunicação com o Doente e Família

Associado ao presente tema, foi definido o seguinte objectivo específico:

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

No decorrer dos estágios, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e no Serviço de Urgência Geral, surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação, verbal e corporal, com o objectivo de ir ao encontro das necessidades efectivas do doente, quando se encontra numa posição vulnerável, sem saúde e principalmente sem elo de ligação e apoio. É aqui que entra o papel do enfermeiro com todo o seu leque de competências, que têm de ir ao encontro do doente.

#### **Experiência Vivenciada na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários**

Durante o estágio na UCIC, e à medida que se ia integrando mais conhecimentos acerca das necessidades dos doentes de foro Cardiológico, foram planeados e realizados ensinamentos aos doentes. Constatou-se que para além da alteração da sua saúde física, estes apresentavam elevados níveis de ansiedade, algo que vem confirmar o que muitos autores afirmam, ser uma característica comum dos doentes coronários. Alguns autores defendem que a causa está correlacionada com o tipo de personalidade, do tipo A, da maioria deles.

Na preparação dos ensinamentos clínicos, e com o objectivo de preparar a alta e promover e melhorar a saúde, seguiram-se algumas linhas orientadoras e recomendações da Associação Portuguesa de Cardiologia, relativamente aos hábitos de vida saudáveis, alimentação adequada, exercício físico, ingestão de bebidas alcoólicas, diminuição do stress, adesão à terapêutica, necessidade de vigilância periódica pós doença cardíaca e auto-controlo, e quais as dúvidas mais frequentes que os doentes pretendem esclarecer.

Pode afirmar-se que foi uma actividade muito enriquecedora, enquanto profissional de enfermagem, e que talvez tenhamos aprendido mais do que ensinado, uma vez que quando nos disponibilizamos a escutar, a comunicar e estabelecer uma relação de ajuda, resultam dois seres humanos frente a frente – o que presta ajuda e o que carece dela – emergindo à conversa a carga das histórias de vida dos últimos (doentes), como que desocultando o que está enterrado e recalcado, levando a verbalizar os seus medos, somatizações e todo um cortejo de manifestações que os fragiliza e os tornam infelizes.

Poder actuar neste cenário, proporcionando uma relação de ajuda eficaz, quer técnica ou relacional, torna-nos profissionais mais felizes e dá-nos energia para prosseguir na senda da melhoria contínua dos cuidados.



Ao longo dos estágios, foram realizados ensinamentos informais mais ricos de conteúdo, mas também mais intensos, melhorando sempre a forma de comunicar, e conforme preconiza Phaneuf (2005), utilizando cada vez melhor “pequenas coisas”, como o olhar, o tocar, a voz, a expressão facial e o silêncio.

Consolidando a melhoria do processo de comunicação com os doentes e com a equipa multidisciplinar, foi elaborado um estudo de caso, subordinado ao tema, “Enfarte Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST”. A escolha do tema deveu-se ao facto, de o mesmo ter sido o diagnóstico mais frequente no período de estágio e aquele que representa um leque de cuidados de enfermagem de maior abrangência na UCIC, e concomitantemente o que mais desafia a equipa na procura do aperfeiçoamento contínuo dos mesmos (Anexo XVI).

Devemos referir a excelente colaboração da equipa multidisciplinar da UCIC, e outros serviços, como a hemodinâmica e exames especiais, locais por onde o doente passou, e que permitiram a concretização deste projecto, assim como autorização do Conselho de Administração do CHTV para consulta do processo de doente (Anexo XV).

Como forma de consolidar e adquirir novos conhecimentos no âmbito da cardiologia e cuidados de enfermagem a ela associados, área temática até então menos conhecida e pouco desenvolvida, inexoravelmente foi sentida a necessidade de investir em pesquisa temática e procura acerca do “estado da arte”, pelo que, elaboramos um artigo acerca da “Evolução das Unidades de Cuidados Intensivos Coronários” (Anexo VI), e de cujos ensinamentos influenciaram positivamente os níveis de aprendizagem e participação no decurso do estágio, tornando-o mais profícuo.

Através da pesquisa de suporte que realizamos, pudemos verificar, que as mesmas foram evoluindo ao longo dos anos, em função da necessidade do recurso a inovações técnicas e da melhoria das competências dos profissionais, para melhor tratar e fazer face ao número crescente de casos de doença coronária, associados aos novos comportamentos de risco, adoptados pela sociedade moderna.

Estas unidades foram ganhando ênfase, independência técnica e justificação no meio hospitalar, atendendo à adopção de técnicas cada vez mais agressivas e invasivas, e ao uso de fármacos de primeira linha, tais como, fibrinolíticos e outros, que justificam a existência destas unidades hospitalares.

### **Experiência Vivenciada no Serviço de Urgência Geral**

A vigilância dos doentes que se encontram em espera na sala aberta do Serviço de Urgência Geral, por parte dos profissionais de saúde, é diminuta. Ao olhar para aqueles doentes, por vezes, transpareceu a sensação de estarem abandonados. Tive oportunidade de, informalmente, sugerir aos meus tutores, a possibilidade de pelo menos haver um assistente operacional escalado exclusivamente para este espaço, indo de encontro às necessidades dos



doentes que lá se encontram. Nestes casos, desenvolvendo a sua acção sob supervisão do enfermeiro, que dará apoio, colaboração e orientação, quando necessário. Foi-me dito, que apesar de estarem escalados dois assistentes operacionais nesta área, os mesmos têm de realizar outras tarefas, em áreas distintas.

Nestes casos, e em grande parte das situações, obter-se-iam benefícios mútuos (doente e instituição), se o apoio familiar dos doentes fosse gerido com maior atenção, seguindo-se inclusivamente uma disposição legal e um dos direitos dos doentes.

Por vezes, os profissionais de saúde focalizam-se principalmente nas desvantagens da presença de familiares junto dos doentes, no SU, naturalmente reais e verdadeiras, atendendo fundamentalmente à exiguidade do espaço e à desconfiança natural que recai sobre pessoas desconhecidas, não apostando mais vezes nem atribuindo a mesma importância, à análise das vantagens, que em muitas situações, com algum investimento de tempo no início, poderiam tornar-se num apoio excelente, durante todo o processo de cuidar em urgência.

Advogamos que é fundamental não desagregar o doente da família, que devemos investir no ensino aos familiares, para minimizarmos os períodos de internamento, evitar as infecções associadas aos cuidados de saúde, muitas vezes por permanências excessivas nas instituições, e quando podemos incluir a família no processo terapêutico, não o fazemos.

A colaboração orientada dos familiares, contribuiria para a diminuição do stress, ansiedade e alguns medos dos doentes, e em várias situações, melhorando a comunicação e as informações acerca da situação clínica dos doentes, evitaria grande parte das reclamações registadas.

Será que não se agilizavam procedimentos? Será que não teríamos a diminuição dos casos de solidão, em situações de espera prolongada, de apoio à higiene, à alimentação se instituída, à colaboração e ajuda no transporte aos meios auxiliares de diagnóstico? Será que não se evitariam algumas imobilizações por mera precaução, melhorando o conforto dos doentes, a diminuição da agitação, quantas vezes causada por estarem num espaço desconhecido, mas fundamentalmente, por não terem ninguém de referência, que os situe com mais facilidade no tempo e espaço?

Certamente que haveriam casos de excepção, inclusivamente de inadaptação dos familiares ao apoio solicitado, mas que teria a devida resposta em conformidade.

São dúvidas que se colocam, que partilhamos e que deveriam pelo menos estimular a discussão do tema e ou implementação mais frequente.

No Serviço de Urgência Geral, participamos em conjunto com o tutor e elementos da equipa de enfermagem na resolução de casos sociais, nomeadamente em doentes idosos, que após obterem alta clínica se transformavam num “estorvo” para as famílias. Ou porque não tinham transporte e teriam de requisitar uma ambulância e despender de alguma quantia monetária, ou porque efectivamente viviam sozinhos e dependiam da boa vontade dos vizinhos, ou



também porque a família alegava não ter possibilidades para dar continuidade aos cuidados que o idoso necessitava, as famílias e recusavam-se a aceitá-los e ou acolhê-los de volta.

Estas situações, de difícil resolução, contaram na maioria das vezes com a articulação entre os enfermeiros, a assistente social e a direcção do SU. Equacionando as melhores respostas, problema a problema nenhum doente foi deixado ao abandono, dentro da conjuntura social que se proporcionou. Esta experiência foi deveras gratificante e enriquecedora de valores morais e éticos para com o próximo. Não nos podemos esquecer que com a mudança de mentalidades e comportamentos, visando a humanização, também estamos a construir um sistema de saúde que um dia iremos certamente necessitar de usufruir como doentes e futuros idosos, e quem sabe em que condição de vida.

Como forma de consolidar e adquirir novos conhecimentos, elaboramos um artigo com o tema “Humanização no Serviço de Urgência: Um desafio para a Enfermagem” (Anexo VII).

O seu principal intuito foi reforçar a necessidade de uma humanização efectiva, transmitida a todo o leque de cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência. Foi com grande satisfação que efectuamos esta pesquisa bibliográfica, podendo constatar que é uma área de grande preocupação por parte da classe de enfermagem.

### **III.2 Comunicação no Seio da Equipa Multidisciplinar e Interdisciplinar**

Associado ao presente tema, foi definido o seguinte objectivo específico:

**“Demonstrar capacidade para comunicar, de forma adequada, no seio da equipa multidisciplinar e interdisciplinar”.**

Durante a realização dos estágios, deparamo-nos com um novo desafio, que consistiu na utilização de aplicativos informáticos, para sustentação da prática clínica, e para os quais não tinha qualquer preparação ou formação prévia.

Nesse sentido, propus-me investigar acerca dos sistemas de informação clínica, em uso no hospital, relativamente às suas finalidades, potencialidades, modo de utilização e estado de implementação.

A tecnologia da informação está cada vez mais disponível para apoiar a prática, a educação, a investigação e o desenvolvimento de políticas.

É essencial ter padrões para a representação da prática da Enfermagem nos sistemas de informação da saúde e para o desenvolvimento de uma compreensão do trabalho da Enfermagem baseada no conhecimento, no contexto dos cuidados de saúde globais (OE, 2009).



Um dos factores que contribui para a excelência dos cuidados prestados pelos serviços de saúde é a adopção de sistemas de informação que apoiem a actividade clínica dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde) nos diferentes serviços e a actividade de gestão (administração, directores de serviço), de forma a alcançar uma visão integral e integrada de todos os processos.

### **Experiência Vivenciada na Unidade de Cuidados Intensivo Coronários**

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), um programa do ICN (Conselho Internacional de Enfermeiros), foi concebida para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo.

Como tal, é um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros Enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática.

Do exposto surge a criação, através do Despacho n.º 10864/2009 da Secretaria de Estado da Saúde, de um Grupo de Trabalho para o Registo de Saúde Electrónico (RSE), formado por elementos representativos dos agentes do sector da saúde.

O Grupo de Trabalho entendeu dever ser adoptado um conjunto de princípios e metas que deverão estar subjacentes a todos os processos de concepção, especificação e implementação de sistemas que se incorporem no conceito de RSE.

Ciente dos riscos, das necessidades e das oportunidades que tal desafio encara, a Ordem dos Enfermeiros – associação pública que tem por desígnio fundamental promover e defender a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população e que detém, em Portugal, em conjunto com o ICN, os direitos de licenciamento da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – definiu o conjunto mínimo de normas para o desenvolvimento dos sistemas de informação de enfermagem.

“Constituindo os enfermeiros o maior grupo profissional da área da saúde, estes são, por conseguinte, o grupo que mais decisões tomam e actos praticam. Pela natureza e especificidade das suas funções, os enfermeiros são os que maior informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e documentação da saúde dos utentes”.

(OE, 2009)

Não obstante, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos Dissertações oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente, impossibilitando a sua descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.



A filosofia organizacional das instituições de saúde assenta na gestão administrativa e na gestão clínica que sendo autónomas, têm que se interligar, exigindo novas formas de estruturar a informação de maneira a encontrar a coerência e a interligação destes dois tipos de dados (OE, 2009).

O aplicativo informático SGICM (Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento) - módulo de enfermagem surgiu enquadrado numa opção estratégica do Conselho de Administração visando a criação, o desenvolvimento e a optimização de um Sistema de Informação. Este aplicativo tem como base fundamental a CIPE versão Beta 2.

O Hospital São Teotónio encontra-se numa situação privilegiada para que a ambição de ser um hospital sem papel seja concretizada. A mudança para este novo paradigma em 2009 e que decorre etapa por etapa, em que cada uma tem a finalidade última e comum de abolir o papel, em especial, na comunicação entre utente e profissionais de saúde, sendo para isso essencial o sistema de informação.

A construção deste aplicativo resulta de um trabalho de parceria entre a Glintt e os enfermeiros da instituição, e dá sequência a um projecto transversal à generalidade dos serviços, promovido, previamente, pela direcção de enfermagem, mediante o qual foram desenvolvidos os padrões, em suporte de papel para cada valência. A partir daqui, e mediante a utilização de um grupo de trabalho mais nuclear liderado a partir da direcção de enfermagem, e com recurso à metodologia dos elos dinamizadores nos diferentes serviços, esta informação em suporte de papel, foi parametrizada a fim de ser utilizada em suporte informático.

Importa também referir que a concepção deste aplicativo SGICM, tem a sua génese numa proposta para a gestão do circuito do medicamento. De resto, esta faceta do aplicativo também integra o módulo de enfermagem, no que diz respeito às intervenções interdependentes associadas à administração de terapêutica.

Neste momento a aplicação encontra-se diferente daquilo que foi a sua primeira versão tendo havido necessidade do desenvolvimento de novas funcionalidade e ajuste de outras às diferentes práticas e à luz da própria cultura organizacional.

A criação de hábitos de rotina relacionados com o uso do computador entre os profissionais de saúde foi o primeiro passo. Revelou ser fundamental, já que não era muito comum médicos e enfermeiros registarem dados clínicos no computador.

Além de ser uma solução amiga do ambiente, serve para agilizar, facilitar e tornar mais rápido o circuito do doente dentro do hospital.

Outro aspecto bastante inovador é o registo informático da terapêutica. Quando o enfermeiro administra a medicação, automaticamente regista no terminal ao invés do processo anterior, em que era feito numa folha de papel, sendo os dados posteriormente introduzidos numa aplicação informática.



Fazer a passagem para o uso da CIPE versão 1, em conformidade com as directrizes da OE para produzir indicadores nacionais, permitir a melhoria da inter-operacionalidade do aplicativo com outros sistemas, actualizações constantes do sistema visando a melhoria dos registos de enfermagem e a criação de um manual de procedimentos adaptado ao H.S.T., são acções projectadas para o futuro.

### **Experiência Vivenciada no Serviço de Urgência Geral**

O ALERT disponibilizou uma solução completa de aplicações com características únicas e de excelência, já implementadas em inúmeros serviços de saúde em todo o mundo. A utilização do ALERT® tem representado uma vantagem operacional das instituições de saúde.

O ALERT® PAPER FREE HOSPITAL (PFH) é uma ferramenta desenvolvida por profissionais clínicos que é caracterizada pela gestão dos fluxos de trabalho dos diferentes perfis de profissionais que interagem com doentes nos diversos ambientes clínicos hospitalares (Diálise, Consulta Externa e Urgência).

As Requisições Agrupadas e os Protocolos Terapêuticos são algumas das poderosas funcionalidades do ALERT®. Estas ferramentas são utilizadas no procedimento de práticas terapêuticas, conduzindo à redução de custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e medicamentos.

A riqueza dos conteúdos disponibilizados, o sistema de alertas e, sobretudo, as ferramentas de apoio à decisão clínica (Protocolos, Guidelines, Vias Verdes, entre outros) agilizam os processos, diminuem o erro, melhoram os cuidados de saúde prestados e poupam dinheiro ao hospital porque permitem o acesso, em tempo real, a resultados de MCDT de episódios anteriores, o aumento da produção com o mesmo número de recursos e o estabelecimento de procedimentos para a prática clínica e terapêutica.

O Hospital de Viseu foi o primeiro hospital em Portugal a implementar o ALERT® MANCHESTER, no início de 2003. Posteriormente, decidiu também adoptar o ALERT® EDIS, sendo que o seu serviço de urgência funciona actualmente sem papel.

Após o doente ter feito a inscrição, os dados são introduzidos no ALERT® que se encontra articulado com o processo de Triagem de Manchester.

A triagem é um processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada na Urgência (Bracken *in* Sheehy's, 2001).

Colocar o doente no local certo, no momento certo, para receber o nível adequado de cuidados, facilitar a afectação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do doente em termos médicos e de enfermagem. Espaço adequado, material, sistema de comunicação, acesso à área de tratamento e um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar, são componentes de um sistema de triagem eficiente.



O termo Triagem, deriva da palavra francesa “Trier”, que significa escolher ou seleccionar, remonta ao exército francês que o usava para designar um “hospital de evacuação” de soldados feridos (Bracken *in* Sheehy`s, 2001).

A utilização dos sistemas de triagem diária teve início nos primeiros anos da década de 1960, altura em que a procura dos serviços de urgência era muito superior aos recursos disponíveis (Derlet, 2003).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM), teve origem, tal como o nome indica, na cidade de Manchester, em Inglaterra, está testado internacionalmente e em funcionamento em vários hospitais portugueses. Está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros e é entendido como mais um passo, no sentido de melhor atender quem recorre a um Serviço de Urgência, no qual se exige rapidez, na proporção da gravidade.

O Sistema de Triagem de Manchester trata-se de uma medida adoptada pelo Ministério da Saúde no ano 1997, para a Reestruturação dos Serviços de Urgência (SU). Actualmente, o STM enquadra-se num contexto mais amplo, denominado Requalificação das Urgências do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência.

Após efectuar a sua inscrição na Admissão de Utentes será encaminhado para um gabinete novo, onde será atendido por um Enfermeiro que lhe fará algumas perguntas sobre o motivo da sua vinda e após uma observação rápida, mas objectiva lhe atribuirá uma "cor".

O método consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o respectivo fluxograma de decisão (existem ao todo 52 que abrangem todas as situações previsíveis). O fluxograma contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada (com a definição exacta dos termos) que constituem os chamados “discriminadores”. Estes podem ser específicos para a situação em causa (por exemplo, oftalmológica) ou gerais: perigo de vida, dor, hemorragia, estado de consciência, temperatura e o facto de se tratar ou não de uma situação aguda.

Perante a identificação do discriminador relevante (= a pergunta do algoritmo que tem resposta positiva) determina-se a prioridade clínica (com a respectiva cor de identificação).

Existem 5 cores, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, cada uma representando um grau de gravidade e o tempo ideal em que o doente deverá ser atendido:

- Vermelho → Emergente (atendimento imediato)
- Laranja → Muito Urgente (atendimento até 10 minutos)
- Amarelo → Urgente (atendimento até 60 minutos)
- Verde → Pouco Urgente (atendimento até 120 minutos)
- Azul → Não Urgente (atendimento até 240 minutos)



Para entender a utilidade da Triagem de Manchester, é importante ter em consideração que a missão de um Serviço de Urgência é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergente a urgente), representativas de situações de risco para a saúde, pelo que, quanto mais grave é a situação clínica mais rápido deve ser o atendimento.

Assim, é fácil perceber que as situações clínicas mais graves devem ter prioridade no atendimento. A conjugação de esforços de todos os profissionais de saúde, é imprescindível para poder oferecer mais e melhores cuidados, correctamente dirigidos, a quem deles necessita.

De acordo com as normas da Comissão Conjunta para Acreditações de Cuidados de Saúde (JCAHCO), o enfermeiro com formação em triagem é o profissional indicado para realizar a triagem.

Vários estudos têm sido feitos no intuito de perceber se existem vantagens na prática de triagem por enfermeiros. Os estudos de Vinha, Mallet, Albin e Lewis, citado por Cordeiro (2002), consideram o enfermeiro, o profissional de saúde de excelência para o desempenho daquela actividade.

Segundo Cabral, citado por Cordeiro (2002),

“Os enfermeiros reúnem as condições necessárias para a triagem dos cidadãos/ utentes, dado serem detentores de uma linguagem clínica orientada para os sinais e os sintomas e não para os diagnósticos, conseguindo estabelecer uma relação empática fundamental na minimização de sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência (muito frequentes neste tipo de Serviço), explicando calmamente ao cidadão/ utente o objectivo do processo de triagem”.

(Cordeiro, 2002)

Para além disso, os enfermeiros têm uma visão da globalidade do Serviço e dos recursos nele existentes, bem como do cidadão/ utente.

Beveridge (1998) consideram crucial no processo de triagem a capacidade de comunicação do Enfermeiro Triador, a sua sensibilidade, paciência, compreensão e descrição, a capacidade organizativa e a capacidade para actuar em situações éticas.

De acordo com Harris (1996),

“O enfermeiro triador é o elemento mediador do SU. Detém a responsabilidade de tornar visível a prestação dos cuidados de enfermagem, inclusivamente na sala de espera para triagem, anunciar a continuidade da prestação de cuidados e informar os cidadãos/ utentes sobre o objectivo do SU”.

(Harris, 1996)

Durante o estágio, tivemos oportunidade de verificar na prática, o que atrás foi dito. Confirmamos que o enfermeiro da triagem possui uma grande responsabilidade na determinação do grau de gravidade dos doentes que recorrem ao serviço de urgência,



condicionando todo o percurso que o doente fará no serviço, e o tempo em que serão executadas todas as acções terapêuticas.

Verificou-se que são necessárias determinadas qualidades pessoais e profissionais e determinada experiência e formação, tais como, capacidade de comunicação, evoluída capacidade de observação clínica, isenta e esclarecida, focalizada na leitura e análise independente dos sinais e sintomas que observa, evitando emitir qualquer tipo de diagnóstico, ainda que a sua experiência prévia, contribua para em determinadas situações, possa fazer a diferença entre sinais e sintomas em evolução, para determinadas patologias, cuja gravidade não seja imediatamente detectada pelos fluxogramas do sistema, sem capacidade para fazerem a diferença, devido à sua natureza matemática e estandardizado.

Contudo, o facto de o sistema ter um carácter pré-definido e computadorizado, introduziu, na minha óptica, a possibilidade de todos os profissionais trabalharem com base em padrões idênticos, pré-definidos e conhecidos por todos, eliminando o “improvisado”, e harmonizando procedimentos. Concomitantemente, existe a garantia, de que todos os doentes recebem cuidados de saúde idênticos, em situações similares.

Verificou-se também, que quando o número de utentes que recorrem ao SU, excede a capacidade de resposta, os tempos de espera para cuidados ultrapassa o recomendado, originando a acumulação de doentes em espera, após a triagem, podendo verificar-se a evolução do estado clínico dos doentes, para uma situação de maior gravidade.

Nestes casos, considera-se que deveria existir um procedimento, que implicasse a reavaliação dos doentes, sempre que o tempo de espera recomendado, fosse excedido.

Nas diversas áreas do SU, surgiu a oportunidade de inserir dados clínicos no sistema ALERT®, verificar e confirmar outras vantagens deste método de informatização dos dados clínicos, tais como, inexistência de processos em suporte papel, evitando-se o extravio ou paradeiro desconhecido de documentos, como anteriormente acontecia; visualização em tempo real da localização do doente (corredor de acesso à Imagiologia; electrocardiograma, Inaloterapia, SO, etc.); dos resultados dos exames complementares de diagnóstico; percepção dos cuidados e tratamentos já ministrados, incluindo medicação administrada ou a administrar; visualização on-line de episódios anteriores e outros registos; percepção efectiva do profissional ou especialidade médica que tem o doente a cargo; verificação dos procedimentos planeados para execução; entre outros, e que em conjunto, garantem a agilização de processos e procedimentos evitando o desperdício de tempo.

Outra área passível de melhoria, verificada durante o decorrer do estágio, relaciona-se com o facto de raramente os colegas assumirem no seu perfil, a figura de enfermeiro de referência, relativamente aos doentes a quem prestam cuidados ocasionalmente. Por outro lado, a figura do médico de referência, acompanha sempre o doente no sistema.



Em suma, torna-se importante que todos os enfermeiros, independentemente do local e função que exerçam, aprofundem os seus conhecimentos sobre os sistemas de informação em enfermagem, conheçam os instrumentos de trabalho que estão ao seu dispor e rentabilizem os mesmos não descuidando da qualidade dos cuidados prestados.

Num ano em que a Ordem dos Enfermeiros alerta para a necessidade de segurança dos cuidados, este investimento na melhoria da documentação dos cuidados será sem dúvida alguma uma contribuição significativa para reforçar a confiança dos portugueses nos cuidados de Enfermagem que lhes são prestados.

Pode concluir-se, que a informatização tem como objectivo agilizar os processos de actuação clínica, manter a sua uniformização (utilização da mesma linguagem), permitir libertar tempo para os cuidados directos (algo sempre reclamado) e também, ser um instrumento acessível e fidedigno, de colecta e análise de dados, para permitir a investigação em enfermagem.

No decurso doo estágios, conseguiu-se utilizar os aplicativos informáticos, de forma cada vez mais eficaz, neles evidenciando e registando toda a prática clínica.

### III.3 Formação da Equipa Multidisciplinar

Associado ao presente tema, foi definido o seguinte objectivo específico:

**“Identificar as necessidades formativas da equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais na área da EEMC”.**

Nos últimos tempos tem-se assistido a um crescimento na realidade de acções de formação dirigidas a profissionais que actuam no campo da saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Este crescimento significa o reconhecimento da importância da formação permanente/contínua como processo do desenvolvimento dos recursos e de evolução das organizações. Mas pode ser também entendido como o momento certo para um período de reflexão.

Os profissionais têm que ter consciência de que é necessário investir parte do seu tempo de trabalho e de laser na aprendizagem, uma vez que a experiência profissional é insuficiente para assegurar uma actualização eficaz.

A formação em serviço é um fenómeno transversal às equipas de saúde em geral e às de enfermagem em particular e, como tal, constitui não só um direito mas igualmente um dever dos profissionais. A sua finalidade principal é a elevação da qualidade dos cuidados oferecidos aos doentes, para isso nada mais lógico do que envolver todos os elementos da estrutura organizacional, no entanto permite atingir outros objectivos como a satisfação profissional, a implementação de novos métodos de trabalho, o desenvolvimento de novas capacidades e consequente mudança de atitudes e comportamentos.



A falta de motivação é reconhecida por Gomes (1999), como “um dos factores que podem comprometer a eficácia do processo formativo”.

Por outro lado, Cosme (2002), afirmam que faz todo o sentido que a formação em serviço seja desenvolvida partindo de uma metodologia alicerçada numa dinâmica com envolvimento de toda a equipa.

Defende-se que a formação em serviço deve ser programada anualmente no sentido de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. No entanto, deverá ser adequada às diferentes exigências dos contextos de trabalho, valorizando as necessidades dos elementos dos serviços, conjugando as expectativas e os interesses individuais e não, uma combinação de temas soltos que cumpram uma calendarização.

A formação assume uma acuidade muito particular, na medida em que a inadequação das qualificações se torna mais evidente e a necessidade de mobilizar e preparar os recursos humanos, mais aguda.

Neste âmbito, a formação é um dos principais pilares para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde, tal como Gomes (1999) refere, a aposta na formação em serviço pode ser vista como uma alavanca para o aperfeiçoamento do exercício profissional contribuindo para a actualização dos conhecimentos, técnicas e metodologias que caracterizam a profissão de enfermagem.

No entanto, os profissionais de saúde não se devem sentir, de forma alguma, pressionados a participar em acções de formação, unicamente para progredirem na carreira profissional, mas sim para enriquecimento próprio e para dignificação dos profissionais nomeadamente os enfermeiros.

Para concretizar o presente objectivo, ao longo dos estágios, observou-se minuciosamente todo o processo de interacção multidisciplinar, na tentativa de identificar as áreas passíveis de melhoria e que temas poderiam ser objecto de formação em serviço.

As temáticas mais técnicas, estavam fora do horizonte, atendendo à especificidade dos serviços.

### **Experiência Vivenciada na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários**

Na UCIC, foi em colaboração com a enfermeira chefe que surgiu a proposta de elaborar e dinamizar duas formações com os seguintes temas, “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” (Anexo VIII) e “Higienização do Serviço” (Anexo IX), destinadas inicialmente à classe dos Assistentes Operacionais e que enquadrariam nas necessidades identificadas no âmbito do SIADAP.



Entendemos no entanto alargar as mesmas aos enfermeiros, visto serem temas da maior importância, e com os quais lidamos todos os dias pelo facto de ser da nossa responsabilidade a supervisão e avaliação das actividades desenvolvidas pelos AO.

Ambos os temas estão directamente associados à prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, área de grande interesse, sempre actual e com grande impacto económico e na saúde pública em geral.

As duas acções de formação foram bem aceites pelos formandos, captando o seu interesse e motivando a troca de ideias e reflexão sobre as práticas.

Apesar de já citadas no enquadramento do primeiro capítulo, devemos lembrar que dando continuidade às necessidades formativas da equipa multidisciplinar e integrado na recomendação da avaliação do risco, organizamos um pequeno fórum multidisciplinar onde foram desenvolvidos os seguintes temas “Gestão do Risco Químico” e “Prevenção de Lesões Músculo – Esqueléticas”.

Sem descurar as oportunidades de melhorar o processo de formação pessoal, e a consolidação de conhecimentos na área da cardiologia, registamos com satisfação o convite (que aceitamos) para participar nas 18<sup>as</sup> Jornadas de Cardiologia dos Hospitais da Zona Centro, que decorreram em Viseu nos dias 26 e 27 de Novembro (Anexo XVII).

Ainda com o mesmo propósito, queremos destacar o curso sobre “Arritmias”, destinado a enfermeiros, no qual participamos com muita satisfação e interesse, com grande benefício para a prática clínica.

### **Experiência Vivenciada no Serviço de Urgência Geral**

No Serviço de Urgência Geral, o grupo de alunos em estágio, sugeriu a organização e dinamização de uma formação com o tema “Novas Guidelines de Suporte Avançado de Vida no Adulto”, destinada à equipe de enfermagem do mesmo.

Este projecto foi aceite da melhor forma pelo enfermeiro chefe, proporcionando a oportunidade de todos os enfermeiros assistirem à formação, através da colocação no horário de trabalho das horas correspondentes para o efeito, em três sessões durante o mês de Fevereiro, divulgadas através de um cartaz colocado no serviço (Anexo X).

O tema da formação, atendendo à sua pertinência, já havia sido seleccionada para integrar o plano de formação para o presente ano para o SU, proposto pelo enfermeiro especialista responsável pela formação.

O propósito desta Formação em Serviço, baseada nos projectos definidos para o decurso do Estágio no Serviço de Urgência, teve como fundamento principal, proporcionar a actualização de conhecimentos de toda a equipa de enfermagem, relativamente ao Suporte Avançado de Vida no Adulto, de primordial importância e relevância, em função da prática clínica diária.



A temática em causa exige que a mesma seja tratada com elevado rigor científico, teórico e prático, que reflecta o seu estado da arte, incorporando os mais recentes procedimentos e protocolos, validados pelas instituições profissionais do sector, representado a nível nacional, pelo Conselho Português de Ressuscitação.

Por esse facto, foi convidado um profissional de saúde, médico, conceituado perito nesta temática, para apresentar o tema, depois da sessão de abertura ser feita pelo grupo de alunos já referenciado (Anexo X).

O feedback dos enfermeiros foi espantosamente satisfatório.

O mesmo grupo de alunos propôs uma outra área temática, para ser tratada e debatida, na modalidade de conferência. A abordagem da problemática associada ao tema “O Idoso no Serviço de Urgência”, atendendo à casuística verificada no decorrer da realização do estágio, em que 70% a 80% dos utentes que recorrem à UG, são idosos, e na sua grande maioria, acima dos 70 anos.

Pudemos constatar e verificar na prática, ou seja, fomos testemunhas de diversas situações já amplamente divulgadas e identificadas no seio da nossa sociedade, e amplamente difundidas pela comunicação social, que este grupo etário, vem sendo alvo e também exposto a situações de maior solidão, violência e abandono.

Nota-se igualmente que o número de casos tem vindo a aumentar, não só devido à crise de valores na sociedade actual, nem sempre decorrentes das acentuadas carências económicas das famílias, mas fundamentalmente, pela falta de atenção que os cidadãos idosos merecem por parte da comunidade em geral e da família em particular.

Pelo exposto, tem-se verificado que a única solução encontrada, tem sido a sua institucionalização, e concomitantemente o seu desenraizamento familiar e domiciliário, sem se envidarem os esforços necessários, para avaliar a possibilidade de os manter no seu seio familiar, e eventualmente introduzir a figura do “cuidador informal”, minimizando o deficit de humanização.

Nesse sentido, com o objectivo de reunir um grupo de peritos na área, recorreremos à Ordem dos Enfermeiros, que nos sugeriram convidar o grupo de palestrantes, anunciados no cartaz realizado e utilizado para a divulgação da conferência, a nível institucional, escolas, centros de saúde, clínicas e lares (Anexo XI).

A mesma realizou-se no dia 01 de Março de 2011, no Auditório do CHTV, obtendo um rotundo êxito, sendo bem acolhida pelas diversas classes de profissionais de saúde, que aderiram em grande número e participaram activamente, no decurso dos trabalhos.

Relativamente ao grupo profissional dos Assistentes Operacionais, dependentes da nossa supervisão técnica e co-responsabilidade funcional, de cuja actuação depende em grande medida a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, elaboramos um manual com o tema “ Manual de Limpeza e Higienização do Serviço de Urgência”, em



substituição de uma eventual acção de formação, em moldes tradicionais, cujo conteúdo poderia ser mais facilmente esquecido à posteriori (Anexo XII).

Em comum acordo com o enfermeiro responsável pela formação do serviço, propusemos elaborar o citado manual, cuja inexistência foi verificada, e conseqüentemente definida como uma necessidade de intervenção, no âmbito dos objectivos do estágio, cuja realização iria constituir, também segundo o colega citado, uma mais-valia para o serviço, em áreas de enorme relevância, não só no âmbito da prevenção e controle da infecção, mas também, na melhoria da qualidade dos cuidados.

Constatamos ainda, que mais uma vez, esta proposta, também coincidiu com algo que já havia sido identificado como um dos objectivos de formação do serviço a atingir a curto prazo.

A realização do mesmo, constituiu uma enorme satisfação pessoal e profissional, cuja pesquisa se revelou enriquecedora, proporcionando a aquisição de novos conhecimentos e a consolidação de outros.



## CONCLUSÕES GERAIS

Satisfação e enriquecimento pessoais, melhoria da capacidade de perceber e gerir adequadamente o doente crítico, enquanto ser humano que vivencia uma transição na sua vida, de forma mais ou menos brusca e inesperada, observá-lo de forma holística e integrando a análise do sofrimento associado à sua família e ou pessoa de referência, aquisição criteriosa de novos saberes em função das diversas realidades e necessidades, que foram surgindo, são algumas das situações e vivências que se devem destacar ao longo do árduo, mas enriquecedor percurso formativo, proporcionado pelo Curso de Estudos Superiores Especializados, sob a égide do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Universidade Católica.

Em conformidade com as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, foi possível concretizar o disposto nos objectivos definidos para o curso, no âmbito da gestão dos cuidados na área da EEMC, através da aquisição plena de elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão dos mesmos, como se pode comprovar ao longo da realização da presente Dissertação.

Relativamente às competências específicas no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dever-se-á realçar que a expectativa do desenvolvimento e aplicabilidade das competências técnicas relativas ao cuidar da pessoa em situação crítica e e/ou falência orgânica, não foi atingida na sua plenitude e em função das expectativas criadas, atendendo a que durante o ensino clínico, as situações reais e de extrema complexidade, porque demasiado específicas, urgentes ou emergentes, não se compadeciam com a intervenção directa de um profissional em processo formativo, em cujos contextos, por razões éticas e de segurança dos doentes, apenas foi proporcionada a colaboração durante a prestação de cuidados e ou observação, tendo-se contudo, exercitado o desenvolvimento do espírito autocrítico, de modo a garantir a melhoria contínua dos cuidados.

Para concretizar e até ultrapassar algumas das expectativas, correlacionadas com a prossecução de alguns objectivos, foram desenvolvidas e aprimoradas as técnicas de pesquisa de conteúdos científicos, e análise crítica dos mesmos, perante a oferta do quase caos literário que actualmente está à disposição, incluindo a selecção criteriosa, de conteúdos científicos divulgados pela via electrónica.

No capítulo da demonstração e aprofundamento sobre técnicas de comunicação, no relacionamento com o doente crítico e família, aconteceram momentos de elevado teor de inter-acção técnica e terapêutica, associada ao cuidar em enfermagem, tendo-se concretizado várias sessões de formação para a saúde e ensino específico, associado às contingências diagnósticas.

Foram desenvolvidas capacidades em identificar as necessidades formativas das equipas de enfermagem e assistentes operacionais, na área da EEMC, através da proposta, projecção e



realização de sessões de formação, tendo as mesmas obtido elevada participação e aceitação, e cuja avaliação foi considerada positiva para a melhoria dos serviços em causa.

Projecto de reconhecida satisfação pessoal e ainda contendo alguma inovação, relacionou-se com a elaboração de procedimentos no âmbito da gestão da qualidade, associados a áreas de intervenção, unanimemente considerados como necessários e imprescindíveis.

Concretizaram-se outras propostas de melhoria, no âmbito da higiene e segurança no trabalho, procedendo-se à análise do respectivo Dissertação interno, e em função da mesma, foram sugeridas melhorias, abrangendo diversas áreas e processos de intervenção, indo desde alterações de disposição física de equipamentos, processos de substituição de dispositivos médicos, acções de formação, bem como organização de diversos documentos relacionados com o processo, e realização de tabelas de incompatibilidade de produtos químicos e afixação de procedimentos de emergência em situações de acidente com produtos químicos perigosos.

Em função da escassez do tempo de estágio, não foi possível concretizar a implementação do procedimento “Doente Cirúrgico no Serviço de Urgência: Preparação Pré-Operatória”, elaborado na sequência da avaliação das necessidades do serviço, no âmbito da gestão da qualidade.

Durante determinada fase do ensino clínico, foi possível identificar alguns processos com margem de melhoria, no âmbito da concepção e gestão dos cuidados, principalmente na necessidade de implementar procedimentos de actuação, que acautelem ou prevejam a reavaliação sistemática dos diagnósticos de enfermagem e ou actualização da definição ou catalogação de graus de gravidade dos doentes que ocorrem à urgência, prevenindo que situações de menor gravidade, possam evoluir em maior ou menor espaço de tempo, podendo ocasionar situações críticas, que poderão passar despercebidas em função da hipotética mas muitas vezes previsível, transição brusca de para situações de maior risco de vida.

Perscrutando o passado, para se perceber o presente e perspectivar o futuro, com a presente Dissertação, lança-se o desafio de projectar e realizar um processo de investigação em enfermagem, com o objectivo de se perceber que tipo de risco está associado à não reavaliação dos doentes que ocorrem ao serviço de urgência, principalmente, quando o tempo pré-determinado se esgota, como se verifica em inúmeras situações.

Finalmente, deve referir-se que no seguimento da profícua e enriquecedora experiência formativa e profissional, que foi vivenciada, será quase impossível não nortear futuramente a prática clínica de enfermagem, contribuindo para o enriquecimento da profissão em geral, participando em estudos de investigação, no domínio das competências do enfermeiro de cuidados gerais, e mais especificamente, no âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alminhas, M. P.S. (2007) - Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Sinais Vitais*, 75, p.57-60.
- Antunes, C. M. (2009) - Manual de Reanimação Intra – Hospitalar. Formasau, Coimbra, p.173.
- Atkinson, B. L. (2009) - A Unidade de Cuidados Intensivos. *Nursing*, 242.
- Benner, P. (2001) – De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Quarteto Editora, Coimbra, p.58.
- Beveridge, R. [et al.] (1998) - Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department & Acuity Scale. Consultado em 18 de Janeiro de 2011. Disponível em [www:<URL:http://caep.ca/CMS/get\\_file.asp?id=d09ba8ebe7b649338e35c69dacc5c1f&ext=.pdf&name=ctased16.pdf](http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=d09ba8ebe7b649338e35c69dacc5c1f&ext=.pdf&name=ctased16.pdf)
- Bracken, J. E. (2001) - Triagem. In S. Sheehy (Eds.), *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. Lusociência, Loures, 4.ª ed., p.117-139
- Brunner / Suddarth (1993) - *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 7ª ed., p.545.
- Carvalho, A. A. S.; Carvalho, G. S. (2006) – Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação: um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros. *Lusociência*, Lisboa, XVII, p.168.
- Castilho, V. e Leite, M. (1991) - A administração de Recursos Materiais em Enfermagem. In Paulina Kurcgant [et al]. *Administração em enfermagem*. Editora Pedagógica Universitária Lda, São Paulo, p. 45-71.
- Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação dos Serviços de Urgência do Ministério da Saúde (2007). *Proposta de Rede de serviços de Urgência Hospitalar*, 1-36. Consultado em 18 de Janeiro de 2011. Disponível na [www: <URL: http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros\\_Documentos/20061002\\_MS\\_Doc\\_Urgencias.htm](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20061002_MS_Doc_Urgencias.htm).
- Conselho Português de Ressuscitação (2010) in CPR, <http://www.cprportugal.net>.
- Cordeiro, A.; Silveira A.; Raposo, A. (2002) - Triagem nos Serviços de Urgência Geral. *Nursing*, p.12-16.



- Cosme, A.; Martins, L. (2002) - Formação em serviço – que motivação? Nursing, 171.
- Costa, J.T.S.S., Costa, T.J.J.B.S., Mesquita, G.H., (1998) - Tratamento Trombolítico do Enfarte Agudo do Miocárdio (primeira de três partes). Acta Médica Portuguesa, 11, p. 409-419.
- Daft, R.L. (1999) - Teoria e Projecto das Organizações. LTC, Rio de Janeiro, 6ª ed..
- Decreto-Lei nº437/98 de 8 de Novembro. Aprova regime legal da carreira de enfermagem.
- Deodato, S. (2004) - A excelência do exercício – Perspectiva ética e deontológica. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 15, Dezembro.
- Derlet, R. - Triagem. Consultado em 18 de Janeiro de 2011. Disponível na www: <URL: <http://www.emedicine.com/emerg/topic670.htm>.
- Deslandes, S.F. (2002) - *Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Diário da República, 1ª série - nº134 - 14 de Julho, Lei 33/2009 14 de Julho, direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de saúde.
- Ferreira, M. C. I., e Bueno, A. L. G. (2005) - O portfólio como Avaliação na Educação Superior: Uma experiência de sucesso em um curso de pedagogia. In SANTOS, C.R. (Org.): Avaliação educacional, Avercamp, São Paulo.
- Ferreira, R. C. (2000) - Apresentação de resultados do Registo Nacional de Trombólise. Comunicação ao XXI Congresso Português de Cardiologia, Abril, 11.
- Frederico, M.; Leitão, M. A. (1999) - Princípios de Administração para Enfermeiros. Formasau, Coimbra, p.193.
- Figueiredo, N. M. A.; Vieira, Á. A. B. (2006) - Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem. Yendis, São Paulo p.304.
- Gaspoz, J.M.; Goldman L. (1998) - Criteria for admission to the cardiac intensive care unit. Brown DL, Cardiac intensive care. W: B: Saunders Company.
- Gomes, I. D. (1999) - Os enfermeiros e a formação em serviço. Servir, Lisboa, 47 (4), p.178-181.



Grupo de Trabalho de Urgências (2010) - O serviço de urgência, recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Ministério da saúde, 2004. [Em linha] [Consultado a 12 de Janeiro 2011]. Disponível em: [http://www.hospitalsepe.min\\_saude.pt/Downloads-\\_HEPE/producaoqualidade/livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.hospitalsepe.min_saude.pt/Downloads-_HEPE/producaoqualidade/livro%20urgencias%202006.pdf)

Hayes, K.S. (2003) - Segredos em Enfermagem na Urgência. Artmed, Porto Alegre, p.297-304.

Harris, J.; Hendrich, J. (1996) - The lifeline of triage. Accident and Emergency Nursing.

Hatchett, R, ed. lit.; Thompson, D. R., ed. lit. (2006) - Enfermagem Cardíaca: um guia polivalente. Lusociência, Loures, XII, p.661.

HICPAC (2009) - Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections. Recommendations and reports.

Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1987) - Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras avulsas, Lisboa, 2ªed.

Instituto Nacional de Estatística (2002) – O envelhecimento em Portugal: situação demográfica socioeconómica recente das pessoas idosas.

Kron, T. G. (1994) - Administração dos Cuidados de Enfermagem ao Paciente. Interlivros, Rio de Janeiro, 6ªed..

Leite, T.; Strong, M.I. (2006) - A Influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. O mundo da saúde, 30, (Abril/Junho), São Paulo, p.203-214.

Magnago, T. S. B. S. (2002) - Uma reflexão crítica sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em unidade de pronto atendimento. Dissertação de Mestrado. 184 p. Disponível: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Manual de Enfermagem de Serviço de Urgência - disponível no Serviço de Urgência Geral do CHTV.

Messias, B. (1976) - Manual de Administração de Materiais, Planejamento e Controlo de Stocks. Atlas, São Paulo, 4ªed.

Ministério dos Assuntos Sociais (1991) - Plano Oficial de Contabilidade para os Serviços de Saúde. Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, p.120-126.



Morais, J. (1997) - Trombólise em Portugal – Estudo Comparativo Nacional. Boletim da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 58, p. 23-27.

Norma Portuguesa (2003) - Dispositivos médicos; Sistemas de gestão da qualidade. Requisitos para fins regulamentares, Instituto Português da Qualidade, ISO 13485.

Ordem dos Enfermeiros (2001) - Código Deontológico do Enfermeiro – Lisboa – nº3, p.18-19.

Ordem dos Enfermeiros (2001) - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual/ Enunciados descritivos. Divulgar, Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2009) - Código Deontológico. [Online] Citação consultada a 17 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/ligislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Parreira, P. M. (2005) - Organizações. Formasau – Formação e Saúde Lda., Coimbra, p.336.

Perreira, O.G. (1999) - Fundamentos de Comportamento Organizacional. Fundação Caulouste Gulbenkian, Lisboa.

Phaneuf, M. (2005) - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência, Loures, p.633.

PNCI (2004) - Prevenção da Infecção Urinária em Doente com Algiação de Curta Duração. Recomendações.

Rato, J. A.(1991) - A Cardiologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa. Boletim Clínico do HCL, 7, p.48-93.

Regulamento do Serviço de Urgência (1997) - Disponível no serviço de Urgência Geral do CHTV.

Regulamento do Serviço de Urgência (2001) - Disponível no serviço de Urgência Geral do CHTV.

Regulamento nº122/2011, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [em linha]. Diário da República, 2ªSérie, Nº35 (2011/02/18) 8648-8653. [consult. 2011/03/22]. Disponível em «<http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>».



Regulamento nº124/2011. [em linha]. Diário da República, 2ªSérie, Nº35 (2011/02/18) 8656-8657. [consult. 2011/03/22]. Disponível em «<http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf>».

Rodrigues, J. C. M. (2008) - Recomendações Clínicas para Portadores de Pacemaker ou CDI. Idel, Edição/reimpressão.

Rubenstein, L.Z. (1996) - Geriatric Assessment. Physical. In JE Birren ed. Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged. California: Academic Press.

Sale, I. (1998) - Garantia da Qualidade nos cuidados de saúde – para os profissionais da equipa de saúde. Lisboa, Principia.

Sheehy's, S. (2001) - Enfermagem de Urgência Da teoria à Prática. Lusociência, Loures, p.877, 4º ed..

Silva, A.C. B. [et al.] (2003) - Sala de emergência: emergências clínicas e traumáticas. Editora UFRGS, Porto Alegre, p.351.

Skeet, M. (1991) - O papel dos enfermeiros no ano 2000 e para além. Servir, 39 (4), p.167 - 169.

Tavares, A. (1990) - Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde, caderno de formação 2.

Topol, E. J., ed. lit. [et al.] (2005) - Tratado de cardiologia. (2ª ed.) Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop., 2 vols..

Tudela, V.V. [et al.] (2001) - Guias de prática clínica de la Sociedad Española de Cardiologia sobre requerimientos y equipamiento de la unidad coronária. Rev Esp Cardiol, 23 (617), p.1-54.

Urden, L. D.; Stacy, K.; Lough, M.; Mary E. (2008) - Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção. Lusociência, Loures, XXV, p.1265, 5ª ed..

Watson, J. (2002) - Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma da enfermagem. Lusociência, Loures.

[Http://gus-rs.blogspot.com/2005/08/pacemaker.html](http://gus-rs.blogspot.com/2005/08/pacemaker.html)

[Http://www.scribd.com/doc/2360589/Cuidados-de-enfermagem-ao-doente-com-pacemaker](http://www.scribd.com/doc/2360589/Cuidados-de-enfermagem-ao-doente-com-pacemaker)



[Http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1650933-pacemaker/](http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1650933-pacemaker/)

<http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1715670-cateterismo-card%C3%ADaco/>

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Cateterismo\\_card%C3%ADaco](http://pt.wikipedia.org/wiki/Cateterismo_card%C3%ADaco)

# ANEXOS

# ANEXO I

Descrição dos Serviços, UCIC e Urgência Geral do CHTV

## SERVIÇO DE UCIC DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU

Apesar de a sua criação ser relativamente recente, as unidades coronárias expandiram-se e multiplicaram-se rapidamente, permitindo cuidados diferenciados aos doentes com síndromes coronárias agudas (SCA) suspeitos ou confirmados.

Neste período, os avanços na compreensão e capacidade de intervenção nos SCA levaram a algumas alterações nos objectivos e na resposta em cuidados prestados pelas unidades coronárias (Hatchett, 2006).

A razão primordial das Unidades Coronárias (início da década de 60) consistiu na possibilidade de salvar vidas, mediante monitorização electrocardiográfica contínua, no contexto de enfarte agudo do miocárdio, permitindo detecção de arritmias, e proceder de imediato a manobras de reanimação, a cardioversão eléctrica e/ou administração de fármacos antiarrítmicos (Urden, 2008).

A aprovação pelo Ministério da Saúde do Ciclo de Estudos Especiais em Medicina Intensiva (despacho de 276/89 de 28/7) foi o primeiro passo no reconhecimento da necessidade de diferenciação na área dos Cuidados Intensivos.

A focalização na intervenção e na alteração do processo patológico subjacente transformaram a unidade de cuidados cardíacos de uma área de observação contemplativa numa outra de intervenção agressiva, ou seja uma verdadeira Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

Como preconiza Hatchett (2006), uma UCIC é um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efectuá-lo noutros serviços do Hospital, possuindo os principais objectivos:

- Proporcionar aos doentes em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada;
- Retirar os doentes em estado crítico das unidades de internamento / S.O. a fim das mesmas proporcionarem uma assistência mais homogénea aos que aí permanecem;
- Reduzir a mortalidade e morbilidade nos doentes de médio e alto risco;
- Melhorar o nível de cuidados hospitalares diferenciados;
- Permitir ao hospital utilizar com a maior eficiência possível, o pessoal mais especializado e o equipamento de custos mais elevados.

Devem ser admitidos na UCIC os doentes com cardiopatia aguda, grave e com algum potencial de recuperação, susceptíveis de beneficiar dos cuidados médicos e de enfermagem nela desenvolvidos. São exemplos:

Instabilidade hemodinâmica e choque, paragem cardíaca, enfarte agudo do miocárdio ou angina instável, insuficiência cardíaca severa, arritmias e perturbações da condução. Doenças cardíacas específicas como cardiomiopatias, doenças valvulares, defeitos septais, miocardites,

tamponamento, embolia pulmonar, dissecção da aorta, crise hipertensiva, doenças vasculares periféricas e pós-operatórios de cirurgia cardiovascular. (Urden , 2008).

## **Recursos Humanos da UCIC**

Para o regular funcionamento da UCI, existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes sectores profissionais, constituindo uma equipa multidisciplinar.

### Equipa de Enfermagem

A Equipa de Enfermagem é constituída por dezasseis Enfermeiros, sendo um Enfermeiro Chefe e catorze Enfermeiros Graduados e um Enfermeiro.

Habitualmente estão de serviço, quatro Enfermeiros no turno da manhã, dois no turno da tarde e dois no turno da noite.

### Equipa Médica

A Equipa Médica é constituída por Médicos Cardiologistas, sendo três Chefes de Serviço, cinco Consultores, um Assistente Graduado, quatro Médicos do Internato Complementar de Cardiologia.

Um destes Médicos exerce uma actividade mais directa na Unidade, dado ser o responsável pela Implantação de Pacemakers Definitivos.

Toda a equipa presta serviço na Unidade, como “Médico de Serviço à Unidade”. A Escala de Serviço é elaborada mensalmente pelo Director do Serviço.

A presença física permanente de um médico de serviço, preconizada pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, para unidades deste tipo, sustenta-se na necessidade de gerir mais eficazmente as situações agudas no âmbito do Cardiologia, quase sempre implicando a adopção de medidas terapêuticas com elevado risco iatrogénico, sustentadas em protocolos que requerem uma grande vigilância e observância de resultados analíticos e clínicos contínuos, alterações terapêuticas que poderão ser tomadas em espaços de tempo curtos, e eventuais chamadas de colaboração de outros técnicos de saúde.

A presença do cardiologista é justificada pelo que foi dito anteriormente, e também porque por exemplo, os doentes nas fases agudas de um enfarte, permanecem sedados.

Nos períodos da noite, fins-de-semana, feriados e por vezes nos períodos de férias, o “Médico de Serviço à Unidade”, presta também serviço à Urgência Geral, permanecendo contactável pela Unidade Coronária.

### Equipa de Assistentes Operacionais

A equipa é constituída por sete Assistentes Operacionais, que cumprem um horário semanal de 35 horas.

De segunda a sexta-feira estão de serviço, dois elementos desta equipa, no turno da manhã e um nos turnos da tarde e noite.

Nos fins-de-semana e feriados a escala de serviço comporta um elemento por turno.

#### Secretária de Unidade

O serviço é também dotado de um elemento de Secretariado Clínico, responsável por todos os procedimentos de carácter burocrático.

A articulação entre os diferentes grupos profissionais dever-se-á efectuar dentro das elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, assim como deverá ser privilegiado um clima relacional que propicie um bom ambiente de trabalho.

### **ESTRUTURA FÍSICA da UCIC**

A UCIC é uma das quatro unidades que compõem o Serviço de Cardiologia. Os restantes são a Enfermaria de Cardiologia, situada no 4º piso, área de exames especiais, integrado no Laboratório de Exames Especiais, que se encontra no 2º piso e o Laboratório de Hemodinâmica, integrado no Serviço de Imagiologia situado também no 2º piso.

As unidades variam consideravelmente em tamanho e estrutura, segundo Atkinson (2009), a estrutura das UCI varia entre espaços abertos e cubículos, ou seja, compartimentos separados por divisória, existindo vantagens na prestação de cuidados em espaços isolados como nomeia a mesma autora, o nível de ruído é reduzido, as hipóteses de infecção cruzada são menores, os doentes conscientes ficam protegidos da constatação de incidentes registados no resto da unidade.

A localização das Unidades também é um factor de extrema importância. A mesma autora refere que o acesso dos doentes provenientes do serviço de Urgência deve ser fácil e rápido, assim como o acesso ao Bloco Operatório, de modo de facilitar uma boa transferência de doentes de e para as salas de operações. Idealmente, a UCI deverá estar localizada no mesmo piso que o Bloco Operatório, ou pelo menos deverá ser assistida por um sistema de elevadores próprios.

A UCIC fica situada no 3º piso, na ala nascente e sul, com acesso privilegiado à Urgência Geral, elevadores dedicados para o efeito, tal como Bloco Operatório Central, do qual também poderá ter necessidade de recorrer, em situações de eventual risco cirúrgico dos doentes, ou na situação inversa, receber doentes pós-operados que necessitem dos cuidados especializados da UCIC.

Em termos arquitectónicos, esta ala do piso 3, também partilhada pela UCIP e Central de Esterilização (serviço de apoio de primeira linha ao Bloco Operatório), está desalinhada da parte central do edifício (reservado maioritariamente ao internamento), porque estrategicamente estes serviços deverão usufruir de acesso privilegiado ao serviço de Urgência, de onde provêm a maioria dos seus doentes.

A UCIC é constituída por três áreas funcionais: unidades individuais, unidade intermédia e sala de implantação de Pacemakers.

As unidades individuais acolhem os doentes críticos, reservando-se a unidade intermédia para a sua convalescença.

A Sala de Implantação de Pacemakers é constituída por duas áreas:

- Antecâmara com área de desinfeção.
- Sala de implantação onde consta de uma mesa operatória fixa e manobrável, intensificador de imagem, desfibrilhador, rampa de oxigénio e aspiração.

Para além destas, existem as áreas de apoio:

- Central de Monitorização
- Sala de trabalho
- Infra-estruturas de apoio
- Gabinetes de trabalho
- WC para utentes e profissionais

A Central de Monitorização Telemétrica e Vigilância, é constituída por um computador central, onde estão ligados todos os monitores individuais, um polígrafo e uma impressora laser.

## SERVIÇO DE UG DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU

O Centro Hospitalar Tondela Viseu possui 621 camas, servindo uma população estimada em cerca de 500.000 habitantes, relativos a 18 concelhos do distrito de Viseu. Além disso, é a Unidade de Saúde de referência de grande parte dos doentes do distrito da Guarda. Integra todas as valências médico-cirúrgicas, com excepção dos Cuidados Intensivos Neo-Natais, Unidade de Queimados e Cirurgia Cardio-Torácica.

A missão do Serviço de Urgência (SU) da referida instituição, é comum à de todos os restantes Serviços de Urgência do país: prestar cuidados de saúde, de qualidade e em tempo útil, a todos os cidadãos que ali acorram em situação de urgência ou emergência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana.

O SU está dividido em três áreas: Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência Obstétrica e Ginecológica. Os doentes são orientados para cada uma destas áreas em função da idade e situação clínica.

A Urgência Geral (UG) possui uma direcção de Serviço a tempo inteiro, enquanto a Urgência Pediátrica e a Obstétrica - Ginecológica são orientadas por dois Coordenadores.

A articulação com os Cuidados de Saúde Primários é feita através dos 25 Centros de Saúde do distrito.

O Serviço de Urgência regista cerca de 150 657 admissões por ano (2010), com um número médio diário que ronda os 260 doentes. Destas, 99 000 são referentes ao Serviço de Urgência Geral, enquanto a Urgência Pediátrica regista 35 000 e a Urgência Obstétrica e Ginecológica cerca de 15 000.

O sistema da Triagem de Manchester está em funcionamento neste Serviço desde 2003, sendo realizada por Enfermeiros logo após a admissão dos doentes (2 Gabinetes).

Com o objectivo de otimizar a gestão do circuito dos doentes, e tendo em conta o elevado número de doentes triados como urgentes (“amarelos” – cerca de 55%), optou-se por dividir o Serviço em duas áreas distintas: a “Área Menos Urgente” e a “Área Urgente”.

Na primeira, existem 4 gabinetes de observação médica, cujo funcionamento é assegurado pela equipa fixa de médicos e pelos Médicos de Medicina Geral que colaboram com o Serviço. Existe um responsável diário escalado nesta área (um dos médicos), que deverá assegurar o seu bom funcionamento e o cumprimento dos tempos-alvo previstos pela triagem.

Assim estão estabelecidos os circuitos dos doentes, a saber:

- Os doentes emergentes (“**vermelhos**”) entram directamente para a Sala de Emergência, que possui acesso directo para o exterior.
- Os doentes muito urgentes (“**laranjas**”) são encaminhados directamente para a “Área Urgente”, de forma a serem observados pela Especialidade mais adequada.

- Os doentes urgentes (“**amarelos**”) serão encaminhados tendo em conta os critérios de gravidade de apresentação:
  - » Doentes em maca, para a “Área Urgente”
  - » Doentes deambulantes e em cadeira de rodas, para a “Área Menos Urgente”
    - Os doentes considerados não urgentes (“**verdes e azuis**”) são encaminhados directamente após a triagem, para uma sala de espera exterior ao Serviço de Urgência, que comunica directamente com a “Área Menos Urgente”, local onde serão observados.
    - Os doentes que são triados para a Sala de **Pequena Cirurgia**, serão directamente encaminhados para ela, *qualquer que seja a cor atribuída* pela triagem de prioridades (mecanismo de “see and treat”).

## Recursos Humanos da UG

Para o regular funcionamento da Urgência Geral, existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes sectores profissionais, constituindo uma equipa multidisciplinar.

A multidisciplinaridade da actividade exercida na UG e a prestação de cuidados de saúde a doentes em contexto de urgência, tem que ser compreendida de uma forma integrada e integradora, pois o sujeito de toda a actividade desenvolvida é o doente do serviço, que tem que ser encarado de forma holística e não dividido em partes, que cada uma das profissões envolvidas vê de forma diferente.

A UG possui um Director e um Enfermeiro-Chefe, contando com uma equipa fixa de Enfermeiros (62), de Assistentes Operacionais (32) e de Funcionários Administrativos (16).

Desde Fevereiro de 2001 os enfermeiros foram divididos em 6 equipas, cada uma tem um enfermeiro responsável, que na falta deste assume a responsabilidade o 2º elemento da equipa e assim sucessivamente.

A equipa médica que presta serviço na Urgência, tem um componente “misto”, ou seja, conta com todos os médicos das diversas especialidades disponíveis no Hospital e que aí cumprem o seu horário de urgência, mas também, com uma pequena equipa fixa de 5 médicos, que em conjunto com cerca de 15 Médicos de Medicina Geral em regime de trabalho parcial, asseguram o trabalho na “Área Menos Urgente” do Serviço de Urgência Geral.

Conta-se, ainda, com a colaboração de 4 Assistentes Sociais e de um Corpo de Voluntariado de cerca de 15 elementos (com formação prévia adequada), que colabora na prestação de informações não clínicas aos familiares/acompanhantes dos doentes. Este pedido de informações é feito por escrito (impressos existentes disponíveis na sala de espera de acompanhantes) e prestado de 3 em 3 horas.

A articulação entre os diferentes grupos profissionais dever-se-á efectuar dentro das elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, assim como deverá ser privilegiado um clima relacional que propicie um bom ambiente de trabalho.

## **ESTRUTURA FÍSICA da UG**

O serviço de urgência do CHTV localiza-se no 2.º piso e o seu espaço físico é fruto de diversas requalificações no sentido de melhor responder às novas exigências que se lhe apresentam.

O Serviço estende-se por uma área que envolve:

- **Zona da admissão de doentes**

- **Zona dos gabinetes da Triagem de Manchester** (dois)

- **Sala de Emergência** com quatro cabeceiras técnicas
- **Sala de Pequena Cirurgia**

- **Área Menos Urgente:** Constituída por duas salas de espera, uma para doentes “amarelos” e outra para “verdes e azuis”, quatro gabinetes médicos e uma sala de prestação de Cuidados de Enfermagem.

- **Área Urgente:** Constituída por três gabinetes para Medicina Interna, um para Cirurgia, dois para Ortopedia (gabinete mais sala de gessos), dois para Cardiologia (um deles para ECG), um para ORL, um para Oftalmologia e outro para Psiquiatria. Para além disso, inclui uma ampla sala de prestação de Cuidados de Enfermagem e uma sala de Inaloterapia.

- **UDC** (Unidade de Decisão Clínica): Área de espera de doentes acamados, que aguardam exames ou decisão clínica. O objectivo desta Unidade com seis cabeceiras técnicas foi retirar da “Sala Aberta” todos os doentes com situações clínicas graves, que exigiam monitorização e vigilância clínica adequadas, até estar tomada uma decisão clínica. A vigilância permanente é realizada por um elemento de enfermagem alocado exclusivamente a esta Unidade. Nela podem permanecer doentes do foro Médico e do foro Cirúrgico, aguardando exames ou diagnóstico, doentes da Cirurgia Geral ou Ortopedia que requeiram um equilíbrio pré-operatório de urgência, doentes do foro Cardiológico a aguardarem confirmação de diagnóstico de enfarte ou a realizarem terapêutica antiarrítmica, etc. O período máximo de permanência recomendado é de oito horas.

- **Área** apelidada de “**Sala Aberta**” onde os doentes em maca aguardam exames, internamento ou outro tipo de decisões (doentes sem necessidade de vigilância mais diferenciada). Neste local, apenas terão lugar os doentes em maca, com alta e a aguardar transporte, doentes internados a aguardar transporte para a enfermaria e doentes a aguardar exames que não necessitem de vigilância clínica especial.

- **SO** (Sala de Observação): Constituída por nove camas (oito camas e um quarto de isolamento físico): área de prestação de cuidados médicos intermédios e/ou “antecâmara” de internamento para alguns doentes.

Para além do descrito, há que contar com toda uma área de gabinetes administrativos e de direcção e de alguns gabinetes “adaptados” ao descanso do pessoal e copa.

Alguns serviços de apoio directo à UG, tais como Imagiologia e Patologia Clínica, estão estrategicamente situados em áreas contíguas e de acesso directo e fácil. De referir que o envio dos espécimes para análise, usufrui de um sistema automático de envio, accionado por vácuo, e que agiliza o processo.

# ANEXO II

Capas: "Normas e Procedimentos"  
"Manual do Serviço"

HST, E.P.E. VISEU - UCIC

UCIC

NORMAS E  
PROCEDIMENTOS

# NORMAS E PROCEDIMENTOS

HST, E.P.E. VISEU - UCIC

UCIC



HST, E.P.E. VISEU - UCIC

**UCIC**

**MANUAL  
DO SERVIÇO**

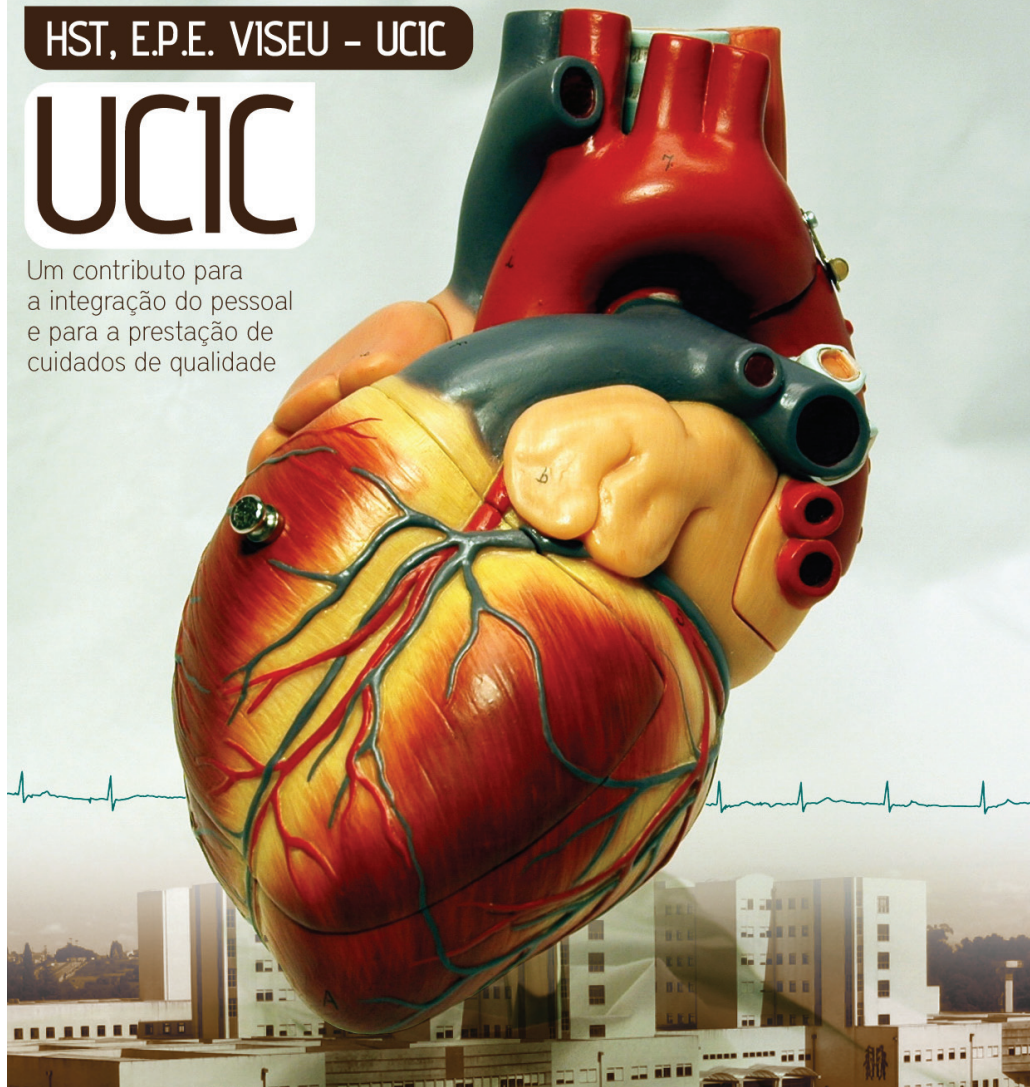
Um contributo para  
a integração do pessoal  
e para a prestação de  
cuidados de qualidade

**MANUAL  
DO SERVIÇO**

HST, E.P.E. VISEU - UCIC


**UCIC**

Um contributo para  
a integração do pessoal  
e para a prestação de  
cuidados de qualidade



# ANEXO III

Procedimento: "Traqueostomia"

	PROCEDIMENTO  <b><i>TRAQUEOSTOMIA</i></b>	<b>Data de Emissão</b> Outubro 2010
		<b>Última Revisão em:</b>
		<b>Revisão nº</b>
		<b>Página 2/8</b>

**ÀREA / Tópico:** Cuidados de Enfermagem ao Doente Traqueostomizado

**ÂMBITO:** Serviço de Enfermagem

**FUNDAMENTOS:**

No processo de gestão dos cuidados é necessário recorrer a elementos transversais concebendo normas técnicas que permitam a regulação dos comportamentos, que emergem das características individuais e do conhecimento profissional.

Numa perspectiva de gestão, as normas técnicas tornam-se um meio regulador, económico e integrador, tornam-se uma mais-valia se expressarem a convicção de ganhos para o doente.

Aspirar secreções é uma intervenção de enfermagem frequente em doentes Traqueostomizado. No entanto, por ser uma técnica invasiva, à qual estão associadas múltiplas complicações, entre as quais: hipoxia, atelectasias, alterações hemodinâmica e traumatismos da mucosa, apenas deve ser realizada quando outros métodos não invasivos falham. Quando se torna necessário proceder a uma aspiração de secreções devem ser ponderados alguns factores: a sonda, a pressão de vácuo e os efeitos secundários que podem ocorrer.

A higiene é a aplicação de meios não clínicos e essenciais ao homem, na vida individual e colectiva para que se criem condições favoráveis à saúde. Ao manter uma higiene cuidada diminuimos o risco de transmitir microrganismos.

O procedimento apresentado pretende ser uma orientação e não um esquema rígido, devendo sempre ser adaptado às circunstâncias.

**OBJECTIVO (S):**


Uniformizar de Procedimentos

Manter a permeabilidade das vias aéreas

Facilitar a aspiração de secreções traqueobrônquica

Manter a integridade cutânea

Permitir aquisição de maior autonomia pelo doente

	<b>PROCEDIMENTO</b>  <b>TRAQUEOSTOMIA</b>	<b>Data de Emissão</b> Outubro 2010
		<b>Última Revisão em:</b>
		<b>Revisão nº</b>
		<b>Página 2/8</b>

Diminuir risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde


## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

### **1 - Aspiração de Secreções**


#### **Recursos Necessários:**

- Aspirador ligado a fonte de vácuo
- Reservatório acoplado ao aspirador
- Conexões em Y/T
- Equipamento de Protecção Individual (máscara de protecção, viseira ou óculos, bata e luvas esterilizadas)
- Sondas de aspiração esterilizadas (o diâmetro da sonda não deve exceder metade do diâmetro da traqueostomia)
- Seringa
- Ampolas de Cloreto de Sódio Isotónico
- Estetoscópio
- Ressuscitador manual (tipo Ambu) com ligação a fonte de oxigénio
- Recipiente com água destilada
- Recipiente para sujos de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares.

Acções de Enfermagem	Justificação
1. Providenciar os recursos para junto do doente 2. Verificar o funcionamento do aspirador 3. Lavar as mãos 4. Instruir o doente sobre o procedimento 5. Aplicar Equipamento de Protecção Individual 6. Posicionar o indivíduo em Fowler ou semi-Fowler, se a situação clínica o permitir	1. Gerir o tempo 2. Garantir a segurança do doente 3. Prevenir contaminação 4. Encorajar e promover o auto-cuidado, diminuir a ansiedade 5. Prevenir contaminação 6. Facilitar a respiração Facilitar a execução do procedimento

 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, E.P.E. <b>UCIC</b></p>	<p>PROCEDIMENTO</p> <p><b><i>TRAQUEOSTOMIA</i></b></p>	<p><b>Data de Emissão</b> Outubro 2010</p>
		<p><b>Última Revisão em:</b></p>
		<p><b>Revisão nº</b></p>
		<p><b>Página 2/8</b></p>

<p>7. Auscultar os sons pulmonares</p> <p>8. Calçar luvas</p> <p>9. Aplicar o ressuscitador manual à fonte de oxigénio</p> <p>10. Hiperventilação o doente (3-5 insuflações), excepto em doentes com DPOC ou com secreções abundantes</p> <p>11. Inserir a conexão da extremidade da sonda e adaptá-la ao tubo do aspirador, mantendo a protegida pelo respectivo invólucro</p> <p>12. Calçar luvas esterilizadas</p> <p>13. Controlar o funcionamento do aspirador com a mão não dominante (a pressão de vácuo deve ser regulada em função do local que se pretende aspiração, da consistência das secreções e dos diagnósticos apresentados)</p> <p>14. Suprimir a fonte de oxigénio</p> <p>15. Instilar através da cânula de traqueostomia 3 a 5 ml de cloreto de sódio isotónico se as secreções forem muito espessas</p> <p>16. Inserir suavemente a sonda na cânula de traqueostomia, sem pressão de vácuo, com a mão dominante, até encontrar obstáculo (carina) e exteriorizar ligeiramente iniciando a aspiração</p> <p>17. Aspirar, de forma intermitente, rodando a sonda entre os dedos à medida que se vai removendo (o tempo de aspiração não deve ultrapassar os dez segundos)</p> <p>18. Executar novamente como em 14,15,16 e 17, se necessário</p> <p>19. Ajustar fonte de oxigénio ao doente</p> <p>20. Descartar a sonda enrolando-a na mão dominante e remover a luva pelo avesso</p>	<p>7. Obter sons de referência</p> <p>8. Prevenir contaminação</p> <p>10. Prevenir hipoxia</p> <p>11. Prevenir contaminação</p> <p>12. Procedimento asséptico</p> <p>13. Prevenir a lesão da mucosa Facilitar a remoção das secreções</p> <p>14. Diminuição de custos</p> <p>15. Fluidificar as secreções Facilitar a remoção de secreções</p> <p>16. Assegurar a eficácia da aspiração Evitar o traumatismo da mucosa</p> <p>17. Prevenir lesão da mucosa</p> <p>18. Permitir uma higiene traqueobrônquica eficaz</p> <p>19. Prevenir hipoxia</p> <p>20. Prevenir a contaminação</p>
--	---


 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, E.P.E. <b>UCIC</b></p>	<p>PROCEDIMENTO</p> <p><b><i>TRAQUEOSTOMIA</i></b></p>	<p><b>Data de Emissão</b> Outubro 2010</p>
		<p><b>Última Revisão em:</b></p>
		<p><b>Revisão nº</b></p>
		<p><b>Página 2/8</b></p>

<p>21. Lavar o tubo no recipiente de água destilada e proteger a sua extremidade</p> <p>22. Interromper o funcionamento do aspirador e a fonte de oxigénio do ressuscitador manual</p> <p>23. Auscultar os sons pulmonares</p> <p>24. Posicionar o indivíduo ou assisti-lo a posicionar-se</p> <p>25. Remover <b>Equipamento de Protecção Individual</b></p> <p>26. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>27. Lavar as mãos</p> <p>28. Efectuar os registos.</p>	<p>21. Remover as secreções</p> <p>23. Verificar a eficácia da aspiração</p> <p>24. Providenciar conforto</p> <p>27. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
---	---

## **2 - Higienização da Cânula de Traqueostomia**


### **Recursos Necessários:**

- Material para aspiração de secreções
- Cloreto de sódio isotónico
- Peróxido de hidrogénio
- Material de penso:
  - Compressas esterilizadas de 10x10
  - Dispositivo de fixação (fitas de nastro ou outro)
  - Tesoura
  - 2 Taças esterilizadas ou
  - “Kit” de penso simples
- Penso absorvente próprio para traqueostomia
- Luvas
- Recipiente para sujos de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares

	<b>PROCEDIMENTO</b>  <b><i>TRAQUEOSTOMIA</i></b>	<b>Data de Emissão</b> Outubro 2010
		<b>Última Revisão em:</b>
		<b>Revisão nº</b>
		<b>Página 2/8</b>

- Material para cuidados à boca (Tantum Verde®, chupa chupa, hidratante para os lábios)


Acções de Enfermagem	Justificação
1. Providenciar os recursos para junto do doente 2. Lavar as mãos 3. Instruir o indivíduo sobre o procedimento 4. Posicionar o doente em Fowler ou semi-Fowler, se a sua clínica o permitir 5. Calçar luvas 6. Lavar a boca 7. Aspirar secreções se necessário 8. Remover o penso da traqueostomia 9. Remover as luvas 10. Lavar as mãos 11. Calçar novas luvas 12. Preparar o material do penso 13. Retirar a cânula interna 14. Lavar a cânula interna em solução de 1:1 de peróxido de hidrogénio e cloreto de sódio isotónico 15. Inspeccionar o estoma e pele circundante 16. Limpar o estoma com cloreto de sódio isotónico 17. Limpar o exterior da cânula externa 18. Aplicar novo dispositivo de fixação, removendo o anterior, sempre que necessário 19. Aplicar compressas secas ou penso absorvente 20. Remover a cânula interna da solução de limpeza e enxaguá-la com cloreto de sódio isotónico 21. Introduzir a cânula interna na cânula externa e fixá-la	1. Gerir o tempo 2. Prevenir contaminação 3. Encorajar e promover o auto-cuidado 4. Facilitar a execução da técnica Providenciar conforto  14. Remover as secreções aderentes à cânula  15. Avaliar as características 16. Remover as secreções  18. Evitar traumatismo da traqueia e a saída accidental da cânula 19. Proteger a pele peri-estomal 20. Remover o produto de limpeza e vestígios de secreções.  23. Providenciar conforto

	<b>PROCEDIMENTO</b>  <b><i>TRAQUEOSTOMIA</i></b>	<b>Data de Emissão</b> Outubro 2010
		<b>Última Revisão em:</b>
		<b>Revisão nº</b>
		<b>Página 2/8</b>

22. Remover as luvas 23. Posicionar ou assistir o doente a posicionar-se 24. Providenciar a recolha e lavagem do material 25. Lavar as mãos  26. Efectuar os registos	25. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos 26. Permitir a continuidade dos cuidados
--	--

### **3 – Ensino ao Doente / Família**

1. Os cuidados prestados à traqueostomia devem ser explicados de forma clara e objectiva para que o doente entenda a sua importância
2. Ensinar o doente a lavar as mão antes e após a realização dos cuidados à Traqueostomia
3. Pedir ao doente para se colocar em frente a um espelho colocando perto de si aquilo que for necessário aos cuidados
4. Ensinar ao doente: aspirar secreções brônquicas se necessário; retirar a cânula interna e limpá-la, mudar as fitas de nastro
5. Registrar o aspecto e odor das secreções
6. Ensinar o doente a observar o estado da pele do local e a manter a pele ao redor do orifício da traqueostomia seca e limpa, não permitindo que se acumulem crostas e secreções
7. Encaminhar o doente para consulta de Estomoterapia e serviços de Fonoaudiologia para readaptar a voz ou reeduca-la
8. Esclarecer e incentivar o doente a comunicar por escrito para melhorar a interacção com outras pessoas
9. Ensinar o doente a cobrir a traqueostomia durante as saídas à rua, para evitar o contacto com o ar frio /quente e a contaminação por fumos ou poeiras
10. Ensinar o doente a cobrir a traqueostomia quando tossir ou espirrar
11. Aconselhar o doente sobre a escolha da roupa mais adequada
12. Recomendar ao doente a realização de cuidados de higiene da cavidade oral, prevenindo assim infecções e evitando a desidratação da mucosa
13. Ensinar o doente que ao tomar banho deve proteger a Traqueostomia
14. Usar aspirador e panos húmidos na limpeza da casa

 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, E.P.E. <b>UCIC</b></p>	<p>PROCEDIMENTO</p> <p><b><i>TRAQUEOSTOMIA</i></b></p>	<p><b>Data de Emissão</b> Outubro 2010</p>
		<p><b>Última Revisão em:</b></p>
		<p><b>Revisão nº</b></p>
		<p><b>Página 2/8</b></p>

15. Se necessário propor ajuda e apoio psicológico

16. Alertar o doente para possíveis complicações (saída accidental da cânula, hemorragia, alterações da deglutição etc.)

### **DEFINIÇÕES:**

**Traqueostomia** é um procedimento cirúrgico ao nível do pescoço que estabelece um orifício artificial na Traqueia, abaixo da laringe, indicado em emergências e nas entubações prolongadas.

**Traqueotomia** é a simples abertura da traqueia para criar uma comunicação da luz traqueal com exterior.

**Traqueostoma** é o estoma cicatricial permanente, obtido com fixação da traqueia à pele.

### **LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:**

ARCHER, E. [et al.] - Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Editora LAB, cop. 2006. 740 p. ISBN 85-277-1090-0

ROTHROCK, J. C., ed. lit. ; MCEWEN, Donna R., ed. lit. - Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª Ed. Loures: Lusodidacta, cop. 2008. XXX, 1247 p..

PAUCHET, T. A.F. - Cuidados de enfermagem: fichas técnicas: fundamentos de enfermagem, cuidados técnicos centrados na pessoa cuidada. 3ª Ed. Loures: Lusociência, cop. 2003. 856 p..

RODRIGUES, Ana; MORAIS, Isabel - Aspiração de secreções em doentes com tubo endotraqueal ou tubo de traqueostomia. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 15, n.º175 (Março 2003), p. 16-19.

<b>Critérios do Manual Organizacional Observados:</b>
---

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

**NOTA: Os procedimentos devem ser, regularmente, objecto de avaliação/ revisão de 3 em 3 anos (Vide B.I. N.º 60/2004)**

# ANEXO IV

Cartaz: "Protocolo de Administração de Insulina"



ESQUEMA DE SERVIÇO  
PARA ADMINISTRAÇÃO  
DE INSULINA RÁPIDA

**UCIC**

HST, E.P.E. VISEU - UCIC

VALORES  
DE GLICÉMIA

UNIDADES  
A ADMINISTRAR

$< 180$  mg / dl

0 Unidades

$\geq 180 - 250$  mg / dl

5 Unidades

$\geq 250 - 350$  mg / dl

10 Unidades

$\geq 350$  mg / dl

15 Unidades

# ANEXO V

Proposta de Procedimento:  
"Doente Cirurgico no serviço de Urgência: Preparação Pré-Operatória"

# **PROPOSTA DE PROCEDIMENTO PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL**

**TÍTULO: Doente Cirúrgico no Serviço de Urgência: Preparação Pré-Operatória**

**ÂMBITO: Serviço de Enfermagem (Urgência Geral).**

## **FUNDAMENTOS:**

No processo de gestão dos cuidados de enfermagem é necessário recorrer a elementos transversais concebendo normas técnicas que permitam a regulação e harmonização dos comportamentos, normalmente condicionados pelas características individuais e do conhecimento profissional empírico.

Pretende-se sustentar a prática clínica de enfermagem, em regras de actuação baseadas na evidência, aceites internacionalmente e dependentes da investigação já produzida no âmbito da enfermagem.

Numa perspectiva de gestão, as normas técnicas constituem um meio regulador, económico e integrador, representando uma mais-valia, se expressarem a convicção de ganhos em saúde para o doente.

A adequada preparação pré-operatória do doente cirúrgico urgente, é primordial para o sucesso de todas as fases que compõem o processo cirúrgico. No período pré-operatório, são planeados cuidados de enfermagem que terão um grau de significância elevado relativamente ao êxito da cirurgia e à recuperação pós-operatória.

É imprescindível que o enfermeiro do Serviço de Urgência, ao cuidar do doente no pré-operatório, e atendendo ao pouco tempo de que normalmente dispõe, tenha conhecimento e consciência que é sua função minimizar ou tentar eliminar o processo ansioso que o doente vivencia, não só relacionado com a situação urgente em concreto, mas também pelos medos associados ao acto cirúrgico, à anestesia, e ao desconhecido Bloco Operatório, normalmente rodeado de um certo misticismo. Uma boa relação enfermeiro / doente / família permitirá um esclarecimento atempado de todos os seus medos e dúvidas, encarando a experiência vivida como mais uma etapa do seu ciclo vital.

O procedimento apresentado pretende ser uma orientação, com recomendações, e não um esquema rígido, devendo sempre ser adaptado às circunstâncias.

## **OBJECTIVO (S):**

- Salvar a qualidade, continuidade e gestão directa dos cuidados de enfermagem prestados ao doente, no período pré-operatório imediato, consubstanciados na resposta adaptada e adequada às necessidades dos doentes, à sua segurança (cuidados seguros) e aos seus desejos, evitando a improvisação.
- Uniformizar Procedimentos.
- Diminuir risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

A dimensão do procedimento cirúrgico contempla orientações e intervenções relacionadas com a experiência cirúrgica, tais como: o consentimento informado livre e esclarecido; a restrição alimentar que deve fazer no pré-operatório; a forma de preparação da pele; a preparação intestinal; a roupa que deve usar para a cirurgia; os cuidados a ter com os cabelos e as próteses dentárias; os cuidados que lhe serão prestados no bloco operatório; e o acompanhamento para o bloco operatório.

É fundamental a existência de um modelo de preparação do doente, que ajude a orientar os enfermeiros nas suas práticas, tendo em atenção que cada pessoa deve ser cuidada de forma personalizada, uma vez que os conhecimentos, as necessidades e as dúvidas podem ser diferentes.

Contrariamente ao que acontece nas cirurgias programadas, cujos doentes usufruem da Visita de Enfermagem Pré-Operatória, os doentes cirúrgicos urgentes preparados no Serviço de Urgência, não usufruem desse espaço de tempo precioso, pelo que deverão merecer atenção redobrada, por parte dos profissionais de enfermagem.

### **A) Consentimento Informado para a Cirurgia**

Em Portugal com a publicação da Lei de Bases da Saúde – Lei nº48/90 de 24 de Agosto (Base XIV) – Estatuto dos Utentes; Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro – Regulamento Jurídico do exercício da Enfermagem (REPE); e do Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de Abril – Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), a defesa da essência humana, encontra-se mais protegida.

Para cuidarmos do doente como um ser holístico, humanizando os cuidados, é necessário respeitar os direitos do mesmo, atendendo aos princípios da Bioética: autonomia, justiça, não-maleficência e beneficência.

O Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 84º refere-se ao dever de informar, ou seja, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

Nesta linha de pensamento e atendendo ao doente cirúrgico urgente, antes da realização da intervenção, é necessário obter o consentimento para a cirurgia, devendo o doente ser informado e esclarecido dos possíveis riscos, complicações, benefícios, resultados esperados, incapacidades, bem como o que esperar no pós-operatório sendo este um dever do médico.

Contudo, o enfermeiro é co-responsável em verificar que o consentimento foi obtido de forma livre e esclarecida, devendo o mesmo estar disponível antes da ida para o Bloco Operatório.

A enfermagem como actividade humana é muito complexa e desempenha um papel importante na satisfação das necessidades dos doentes, particularmente as necessidades de informação, (também constituída como um direito dos doentes), quando estes são confrontados com a possibilidade de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica. É incontestável, a mais-valia proporcionada pelo conhecimento da perspectiva do doente para a prestação de cuidados de excelência.

Consequentemente, estamos a contribuir para a excelência dos cuidados, tornando-os personalizados e humanizados.

Algumas **excepções** deverão ser tomadas em conta:

- Doentes menores: os pais ou encarregados de educação, em consonância com a vontade da criança (quando esta o puder manifestar), deverão co-responsabilizar-se pelo processo do consentimento informado, livre e esclarecido.

Nota: Segundo a convenção internacional dos Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989, é necessário obter o consentimento da criança, desde que ela tenha idade para compreender.

- Doentes com alterações mentais: aplica-se o mesmo do parágrafo anterior, depois de identificados os responsáveis ou tutores dos mesmos. Em certas circunstâncias, os tutores poderão ser instituições, que apresentarão a respectiva prova documental judicial.

- Doentes Emergentes Inconscientes, em situação de Risco de Vida: deverá considerar-se a definição de “consentimento presumido”. Os profissionais de saúde, perante eminente risco de vida, deverão agir na presunção de que irão proceder em função do benefício dos doentes, e na salvaguarda da sua vida. Nestes casos, não será aplicável o consentimento informado usual.

Nos casos omissos ou de dúvida, e sempre que possível, poderá e deverá ser ouvida a Comissão de Ética da Instituição.

## **B) Preparação Física**

**1. Jejum Pré-Operatório**, com um tempo mínimo de abstenção da ingestão de comida e líquidos de pelo menos seis horas, com excepção de situações clínicas emergentes.

**2. Retirar Maquilhagem, Jóias, Adornos e Próteses.**

**3. Tricotomia.**

É um factor muito importante na prevenção da infecção da ferida cirúrgica.

Enquanto parte da preparação pré-operatória, esta prática deve ser executada pelo enfermeiro ou sob orientação e supervisão deste.

A tricotomia deve ser feita:

- Só quando estritamente necessário;
- Em área a menos extensa possível;
- Imediatamente antes da cirurgia.

Realizar com máquina eléctrica que corte o pêlo sem lesar a pele. Evitar lâminas de barbear ou de bisturi.

**4. Enema de Limpeza Intestinal** para esvaziamento do cólon distal e recto. (se indicado)

**5. Cuidados de Higiene Pessoal**

É importante lembrar que a manutenção de boas práticas de higiene pessoal sejam asseguradas antes de uma intervenção cirúrgica, diminuindo a possibilidade de desenvolver uma infecção da ferida cirúrgica no pós-operatório.

- Sempre que a situação clínica e o grau de urgência o permitam, e a necessidade o justifique, o **banho** deverá ser efectuado antes da cirurgia, de forma autónoma ou assistida.
- É importante a higiene cuidada da cavidade oral, pelo que se deve vigiar o seu cumprimento.
- A mudança da roupa da maca deve ser feita após o banho do doente e, se necessário, imediatamente antes de ir para o Bloco Operatório.

**6. Cateterização de Veia Periférica**, tendo em consideração o tipo de cirurgia e local anatómico onde vai ser realizada.

**7. Colocação de Sonda Gástrica.** (se indicado)

**8. Colocação de Sonda Vesical.** (se indicado)

**9. Esvaziamento Vesical** antes de ir para o bloco operatório.

**10. Efectuar Registos dos Cuidados e de Monitorização Hemodinâmica.**

**11. Reunir todos os Exames Complementares de Diagnóstico.**

**12. Acompanhar o doente ao Bloco Operatório.**

**13. A continuidade dos cuidados deve ser assegurada, devendo transmitir-se toda a informação necessária relacionada com doente, ao enfermeiro do Bloco Operatório que acolhe o doente.**

Qualquer cuidado não efetuado deve ser comunicado ao Bloco Operatório.

**C) Preparação Psicológica**

Os profissionais de enfermagem desempenham um papel importante na fase pré-operatória imediata, sendo fundamental transmitir confiança e segurança ao doente,

diminuindo a ansiedade e angústia, através do relacionamento estabelecido entre ambos.

Se o doente necessitar e concordar, torna-se fundamental informá-lo sobre os aspectos inerentes ao processo cirúrgico, dando-lhe a oportunidade de verbalizar as suas dúvidas e preocupações, permitindo o esclarecimento e orientação, adequados à situação.

Essa informação poderá reduzir a ansiedade, potenciando a participação activa do mesmo, no processo terapêutico, e em todos os procedimentos, como também contribuindo para uma adequada recuperação de todas as fases que constituem o período perioperatório.

### **DEFINIÇÕES:**

**O Processo cirúrgico** é todo o ambiente cirúrgico que envolve o indivíduo que necessita de uma cirurgia. Inclui 3 fases:

- Pré-Operatório Mediato - Compreende desde o momento que é marcado a cirurgia até 24 horas antes da cirurgia.
  - Pré Operatório Imediato - É o conjunto de cuidados prestados 24 horas antes da cirurgia, até o ato cirúrgico.
- Intra-Operatório - É o período em que o paciente está sendo operado, até o término
- Pós-operatório
  - Pós-operatório Imediato - Período de recobro e primeiras 24h.
  - Pós-operatório Tardio - A partir do momento em que o doente faz as 24h.

### **MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO:**

## **LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:**

**“Enfermagem Perioperatória”** – Da Filosofia à Prática dos Cuidados” – AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas). Lusodidata, 2006

**“Práticas e Referências de Enfermagem de Bloco Operatório”** – UNAIBODE (Union nationale des infirmier(e)s de bloc opératoire diplômé(e)s d’Etat) – Lusociência –Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2001.

**Regulamento do Exercício Profissional para Enfermeiros 2009.**

SHEEHY’S Susan – **Enfermagem de Urgência Da teoria à Prática** – Loures: Lusociência, 2001 877p., 4º ed., ISBN: 972-8383-16-9.

**ELABORADO POR:** Cláudia Silva

Aluna do 3º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica em estágio no Serviço de Urgência Geral do CHTV EPE

**ORIENTADORA:** Professora Teresa Borges

**CHEFE DE SERVIÇO:** Enf.º António Presas

**RESPONSÁVEL DE ESTÁGIO:** Enf.ª Especialista Anabela Antunes

**TUTORES:** Enf.º Especialista Albino Alberto e Enf.ª Especialista Maria José Francisco

# ANEXO VI

Artigo: "Evolução das Unidades de Cuidados Intensivos Coronários"

## ARTIGO

### ***“Evolução das Unidades de Cuidados Intensivos Coronários”***

Por

Cláudia Cecília Farias Silva

Aluna do 3º Curso de Pós - Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica  
com Mestrado Integrado do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa

Orientação: Professora Teresa Borges

#### **RESUMO**

A Medicina Cardíaca Intensiva é uma área multidisciplinar e multiprofissional (médicos/enfermeiros /terapeutas) que diz respeito à abordagem e tratamento de doentes do foro cardíaco com (ou em risco de) falência orgânica ou multiorgânica por doença ou traumatismo. As Unidades de Cuidados Intensivos Coronárias estão equipadas de forma a fornecer um elevado nível assistencial (técnico e terapêutico) a este grupo de doentes.

Numa fase muito precoce da formação e prática de cuidados intensivos irá sem dúvida sentir-se impressionada, talvez mesmo intimidada pela magnitude e complexidade das decisões clínicas que os enfermeiros têm que tomar nestes serviços. É uma reacção razoável porque, hoje em dia, os cuidados intensivos são cuidados críticos de enfermagem a doentes altamente instáveis em elevado risco, e cujas condições de saúde não variam dia a dia, mas minuto a minuto.

Aos olhos do observador casual os cuidados intensivos podem parecer caracterizar-se pela aplicação de tecnologia altamente sofisticada, nas depressa se verifica que, quando usada isoladamente, a tecnologia é abissalmente inadequada. A sua aplicação aos cuidados de saúde associa-se à reflexão crítica e tomada de decisões médicas e de enfermagem. O âmago da enfermagem de cuidados intensivos – tomada de decisão clínica – constitui o foco do nosso desempenho.

**Palavras-chave: Evolução, Cuidados Intensivos Coronários, Síndrome Coronário Agudo, Cuidados de Enfermagem, Doente.**

## **INTRODUÇÃO**

Em 1854, Florence Nightingale partiu para a Guerra da Criméia, onde a necessidade de separar a sério, soldados feridos de menos gravidade foi observada pela primeira vez. Nightingale reduziu a mortalidade de 40% para 2% no campo de batalha, criando o conceito de “Cuidados Intensivos”.

Em 1950, o anestesista Peter Safar estabeleceu o conceito de "Suporte Avançado de Vida", mantendo os pacientes sedados e ventilados num ambiente de cuidados intensivos. Safar é considerado o primeiro médico intensivista.

Em resposta a uma poliomielite epidemia, onde muitos doentes necessitaram de ventilação constante e vigilância, Bjorn Ibsen estabeleceu a primeira “Unidade de Cuidados Intensivos”, em Copenhaga, em 1953.

Em 1960, a importância das arritmias cardíacas, como fonte de morbidade e mortalidade no Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) foi reconhecida. Isto levou ao uso rotineiro de monitorização cardíaca em UCI, especialmente no período pós-enfarte.

Apesar de a sua criação ser relativamente recente, as UCICoronários expandiram-se e multiplicaram-se rapidamente, permitindo cuidados diferenciados aos doentes com Síndromes Coronários Agudos (SCA) suspeitos ou confirmados.

Neste período, os avanços na compreensão e capacidade de intervenção nos SCA levaram a algumas alterações nos objectivos e na resposta em cuidados prestados pelas unidades coronárias (UC).

A razão primordial das Unidades Coronárias (início da década de 60) consistiu na possibilidade de salvar vidas, mediante monitorização electrocardiográfica contínua, no contexto de EAM, permitindo detecção de arritmias, e proceder de imediato a manobras de reanimação, a cardioversão eléctrica e/ou administração de fármacos antiarrítmicos.

À medida que o conhecimento da fisiopatologia do EAM e da Angina Instável foi crescendo, nas décadas de 70 e 80, também aumentaram as intervenções capazes de alterar a história natural daquelas situações clínicas.

A utilização de bloqueadores beta-adrenérgicos e do ácido acetilsalicílico provaram melhorar a evolução dos doentes com EAM (redução na taxa de mortalidade e de reenfarte); os nitratos intravenosos e o nitroprussiato de sódio surgiram para beneficiar os doentes com baixo débito cardíaco ou falência de bomba; o suporte mecânico mediante a utilização de contra pulsação com balão intraaórtico nas situações de isquemia refractária ou insuficiência cardíaca grave representou uma faceta mais agressiva de prática nas UCIC.

Mais recentemente, o conhecimento do papel central da trombose nas SCA e da importância da revascularização (repermeabilização) precoce da artéria responsável pelo enfarte na limitação do dano miocárdico, levaram ao desenvolvimento de novas armas farmacológicas para atingir a reperfusão, como a trombólise, bem como a ênfase crescente atribuída à reperfusão mecânica mediante Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (ACTP) ou cirurgia de revascularização urgente.

A focalização na intervenção e na alteração do processo patológico subjacente transformaram a UCC numa área de observação contemplativa numa outra de intervenção agressiva, ou seja uma verdadeira UCIC.

Se é verdade que actualmente se dispõe de grande variedade de fármacos e técnicas cada vez mais agressivas para abordar e tratar as diversas cardiopatias e designadamente as SCA e a IC (que englobam o maior contingente de população de doentes das UCIC), também é verdade que a percentagem de doentes de grupos etários mais avançados com maior número de co-morbilidades, tornam a prática de cardiologia intensiva mais complexa, e de maior risco, lançando novos desafios permanentemente, exigindo com frequência abordagem multidisciplinar.

Os limites e fronteiras da especialidade são por vezes difíceis de definir e o apoio mediante consultadoria de que dispomos é na maioria dos casos satisfatório.

Deve ser sublinhado o papel fundamental das equipas de enfermagem na UCIC, realçando a sua competência técnica nas urgências cardiológicas (identificação de arritmias e actuação em conformidade, manobras de reanimação cardio-pulmonar, manuseamento de desfibriladores, monitorização hemodinâmica, ventilação mecânica, cateteres, balão intra-aórtico, etc.) e ainda a sua capacidade para apoiar psicologicamente os doentes e seus familiares.

Os cuidados de enfermagem prestados nas UCIC hoje continuam a evoluir à medida que novas modalidades de diagnóstico e terapêutica surgem para os SCA, valvulopatias, miocardiopatias e doenças do pericárdio. Naturalmente os recursos financeiros, tecnológicos e humanos pesam nas instituições, havendo uma pressão

latente para optimização dos mesmos. Assim uma das vertentes a considerar diz respeito aos critérios de admissão: devem ser de alguma forma restritos, beneficiando de alguma modalidade válida de triagem prévia (SAP; INEM / via verde coronária; S.Urgência Geral, etc.).

A AACN definiu as responsabilidades principais dos enfermeiros de cuidados intensivos, assim como os padrões da prática e dos cuidados, que são afirmações imperativas que descrevem o nível de cuidados e de execução pelo qual pode ser julgada a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O objectivo primordial é promover a saúde e bem-estar dos que sofrem uma doença ou lesão crítica, fazendo avançar a arte e a ciência de enfermagem de cuidados intensivos e promovendo ambientes que facilitem a prática de enfermagem profissional compreensiva.

O enfermeiro de cuidados intensivos tem que ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporadas também abordagens psicossocial e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação do doente.

O aspecto do cuidar entre enfermeiros e doentes é fundamental para o relacionamento e para a experiência no ambiente de saúde. A literatura demonstra que os cuidados holísticos devem focar-se na integridade humana e salientam que o corpo, a mente e o espírito são interdependentes e inseparáveis. Assim à que considerar todos os aspectos ao planear os cuidados.

Por outro lado o valor dos cuidados centrados simultaneamente no doente e na família não pode ser subestimado, é importante para as famílias serem incluídas nas decisões dos cuidados e serem encorajadas a participar nos cuidados, ao nível que for apropriado para as capacidades e necessidades pessoais do doente.

A crescente empresarização do ambiente dos cuidados colocou ênfase no exame dos métodos de prestação dos cuidados e processos de cuidados de todos os profissionais de saúde. Verificou-se que a colaboração e as parcerias aumentavam a qualidade dos cuidados e serviços, diminuindo os custos.

Devem ser admitidos na UCIC os doentes com cardiopatia aguda, grave e com algum potencial de recuperação, susceptíveis de beneficiar dos cuidados médicos e de enfermagem nela prestados. São exemplos:

- Enfarte agudo do miocárdio com menos de 24 h de evolução
- Enfarte agudo do miocárdio com mais de 24 h de evolução com complicações

- Angina instável
- Arritmias graves
- Insuficiência cardíaca aguda grave
- Complicações de cateterismo cardíaco diagnóstico ou terapêutico
- Tamponamento cardíaco
- Disfunção protésica aguda
- Dissecção aórtica

Não se considera adequado internar na UCIC doentes com processos patológicos avançados não cardiológicos que se considerem não curáveis (neoplasias), infecções agudas que necessitem de isolamento, doenças graves do sistema nervoso central, falência multiorgânica, psicose aguda, etc.

A Cardiologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu, serviço em que se insere a UCIC é uma unidade que se tem vindo a afirmar como um serviço em constante evolução, oferecendo aos doentes uma variedade de serviços cada vez mais ampla e sofisticada. Dessa evolução podem ser considerados marcos históricos as seguintes datas e factos:

1983 - Implementação das Consultas Transtelefónicas de Pacemakers Definitivos.

1984 - Início da implantação de Pacemakers Provisórios.

1984 - Início da realização de Ecocardiografias.

1989 - Início da implantação de Pacemakers Definitivos e seu seguimento em consulta específica.

1990 - Início da realização de Holters.

19?? - Início da realização de Ecocardiografias Transesofágicas.

19?? - Início da realização de MAPA

2000 - Início da realização de Cateterismos Cardíacos.

2001 - Início da realização de Angioplastias Coronárias.

Os cuidados prestados baseiam-se em princípios de qualidade técnica e humana.

Em relação à qualidade técnica pretende-se estar em sintonia com o estado da arte em cada momento que passa, através da procura de informação, da formação

contínua e em serviço e na participação de programas de investigação internos ou externos.

Quanto à componente humana pretende-se que os cuidados sejam centrados nos doentes, que respondam às suas necessidades reais, sendo para isso cuidados individualizados e participados, que respeitem a dignidade e autonomia e permitam a tomada de decisões de forma consciente e informada.

Preza-se ainda o respeito pela vida e o direito a uma morte digna e humana.

Todos estes passos reflectem o dinamismo da equipa multidisciplinar da UCIC do CHTV EPE, sempre empenhada na melhoria e aperfeiçoamento dos cuidados a prestar aos doentes que a procuram.

## **CONCLUSÃO**

Nenhuma especialidade médica cresceu tanto recentemente quanto a cardiologia.

Com a intensificação da prevenção da doença coronária, através da melhoria dos cuidados primários de saúde, que têm evoluído a sua intervenção no âmbito da formação e promoção da saúde, verifica-se que cada vez mais, as unidades de cuidados intensivos coronários têm-se constituído como um elemento importante no tratamento precoce da doença coronária aguda, reduzindo as sequelas até então registadas, as taxas de morbilidade e mortalidade, e facilitando a plena reintegração na sociedade, de cidadãos com maior autonomia para a vida, apesar de terem sido acometidos de patologias, que até então, produziam incapacidades mais ou menos permanentes.

A missão da UCIC do CHTV, consiste em assistir os doentes do foro cardíaco que necessitam de vigilância e tratamento intensivo, devido à gravidade da sua situação e que a ela recorrem, pertencendo ou não à área de influência do CHTV, proporcionando cuidados de qualidade, salvaguardando a vida e bem-estar dos doentes e seus familiares e promover a qualidade de vida para além do internamento, evidenciando a evolução geral, deste tipo de unidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gaspoz, J.M., Goldman, L., (1998) - Criteria for admission to the cardiac intensive care unit. In: Brown DL, editor. Cardiac intensive care. W: B: Saunders Company; 33-40.

Rato, J. A., (1991) - A Cardiologia nos Hospitais Civis de Lisboa. Bol. Cli. H.C.L.; 48:93-7.

Manual do Serviço de UCIC do CHTV EPE elaborado em 11/2001 revisto em 4/2008.

Topol, E. J., ed. lit. [et al.] (2005) - Tratado de cardiologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cop. 2 vols.

Tudel, V.V., et al. (2001) - Guias de prática clínica de la Sociedad Española de Cardiologia sobre requerimentos y equipamento de la unidad coronária. Rev Esp Cardiol; 54:617-23.

# ANEXO VII

Artigo:

“Humanização no Serviço de Urgência: Um Desafio para a Enfermagem”

## ARTIGO

### ***“Humanização no Serviço de Urgência: Um desafio para a Enfermagem”.***

Por

Cláudia Cecília Farias Silva

Aluna do 3º Curso de Pós - Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica  
do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Orientação: Professora Teresa Borges

#### RESUMO

A enfermagem tem evoluído, ao longo do tempo, redefinindo-se continuamente e adaptando-se às exigências deste mundo em mudança permanente. Esta redefinição contínua da enfermagem tem por objectivo, entre outros, a conquista de uma identidade própria e autonomia.

Por definição, segundo Alminhas (2007), enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações de saúde físicas e psíquicas, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.

O serviço de urgência, pelas suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, é por si só indutor da despersonalização e desumanização dos cuidados prestados.

Assim sendo, a prática dos profissionais de saúde no âmbito hospitalar, tende com facilidade a desumanizar-se, face à maior atenção que se dá à doença propriamente dita, e não ao ser humano doente, ao ênfase e primazia excessiva pela complexidade e inovação tecnológica e à inevitável preocupação pela contenção do aumento de custos.

Para que haja um avanço nas discussões sobre o cuidado, é necessário que o profissional de saúde adopte a postura e o exercício mental de colocar-se no lugar do ser que é cuidado, seu semelhante e concidadão, para sentir quais são as suas reais necessidades, e contribuir para que o contexto familiar, profissional e de reinserção social sejam reorganizados, garantindo conforto, satisfação pessoal e resolução dos problemas de saúde, adoptando um atendimento humanizado e personalizado, estimulando uma maior interactividade entre ambos os protagonistas do cuidado, quer sejam seres que cuidam ou seres que são cuidados.

Há muito que se pensa, ser este mais um grande desafio a ser enfrentado pelos profissionais da saúde na tentativa de definitivamente erradicar o modelo biomédico, centrado na doença e não no doente, deixando para trás qualquer vestígio da presença dos “profissionais da doença”.

Este relato de experiência, descreve a necessidade de humanização nos cuidados prestados pelo enfermeiro no atendimento a doentes em situação eminentemente crítica de saúde, no Hospital de São Teotónio de Viseu. A experiência rendeu momentos para o autoconhecimento pessoal e profissional, assim como reflexões acerca das possibilidades de construção do processo humanístico interpessoal no ambiente de urgência.

**Palavras-chave: Humanização; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem de Urgência / Emergência.**

## **INTRODUÇÃO**

Em virtude do acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, a dignidade da pessoa humana, com frequência, parece ser relegada para segundo plano. A doença, muitas vezes, passou a ser o objecto do saber reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que a possui e no qual se desenvolve.

Também os profissionais da área da saúde parecem gradativamente desumanizar-se, favorecendo a desumanização das suas práticas. Desse modo, a ética, por enfatizar

os valores, os deveres e direitos, o modo como as pessoas se conduzem nas relações, constitui-se numa dimensão fundamental para a humanização hospitalar.

O Serviço de Urgência (SU) oferece cuidados de alta complexidade e diversidade no cuidado a doentes em situação de risco iminente de vida. No entanto, as tecnologias avançadas utilizadas neste atendimento nem sempre garantem a qualidade da assistência, existe por outro lado a influência decisiva de factores relacionados com os próprios profissionais de saúde.

A enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiências, saber personalizado, que em nenhuma outra área se espera tantos conhecimentos, sobre a fisiopatologia da doença, inovações tecnológicas mais recentes de equipamentos, monitorização, tratamento e simultaneamente um papel de defensor do doente e família, segundo Sheehy's (2001).

Citando Vaz (2000), é consensual admitir que no nosso desempenho profissional quotidiano somos frequentemente levados a lidar como máquinas e a descorar a pessoa.

A evolução tecnológica da saúde garante a precisão de alguns procedimentos, mas, por outro lado, parece contribuir para o esquecimento das necessidades integrais do ser humano, em especial, a necessidade psico-espiritual, à medida que o profissional desloca a sua atenção do ser assistido para o equipamento utilizado.

Na busca pela estabilização das funções vitais do doente, o atendimento dá-se por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objectividade no fazer. Neste sentido, o processo de trabalho molda-se na luta contra o tempo para alcance do equilíbrio vital tido como objectivo do trabalho.

De facto quantas vezes observamos parâmetros vitais no ventilador, observamos os monitores, controlamos as bombas perfusoras e nem um simples toque, uma palavra ou um sorriso partilhamos com a pessoa que está ali deitada diante de nós.

Os actos técnicos por vezes reflectem-se e são eficazes, não podemos negar a técnica porque ela é uma das pedras basilares de construção da profissão de enfermagem. Mas a nossa capacidade de prestar cuidados de enfermagem tem que ser medida, para além da competência técnica, pela vontade permanente de não deixar o outro entregue à sua solidão e à sua morte, sem ter ninguém que o faça sentir humano. Isto sim é enfermagem.

Colmatando esta contextualização, surge a tensão como uma característica decisiva deste ambiente de trabalho, ambiente no qual a equipe de saúde responsável pelo SU

vive diariamente sob pressão ocasionada pela necessidade do ganho de tempo, pela rapidez e precisão da intervenção/atenção, pela elevada demanda de atendimentos e experiências diárias de morte.

Quem trabalha no serviço de urgência sabe e sente como a transição súbita da saúde para a doença é uma experiência complexa e altamente individualizada.

A passagem, repentina e inesperada, de um estado de saúde plena à proximidade com a morte, pode afectar o equilíbrio emocional dos doentes e famílias, os quais, por vezes, se expressam por agressões físicas e verbais, evidenciando revolta contra as carências das políticas públicas de saúde e transferindo para os profissionais, a responsabilidade pelas mesmas, considerando-os por vezes, os seus legítimos representantes.

O doente, por sua vez, encontra-se tenso e ansioso perante o desconhecido, ambiente e profissionais, e sente-se sensível e fragilizado, reagindo muitas vezes com agressividade.

O serviço de urgência é particularmente despersonalizante e pouco humano. Ao entrar neste, o doente já pouco pode decidir acerca dos cuidados físicos, socialização ou privacidade, sendo julgado quando recusa qualquer tratamento, ouvindo-se muitas vezes “veio cá para quê?” Para além da vulgar diminuição da força física, está sob rigorosa vigilância de médicos e enfermeiros. Na admissão perdeu o seu estatuto de independência, tornou-se doente. O doente não pode decidir quem lhe presta cuidados ou quem lhe faz os tratamentos, muitas vezes penosos, ou o que veste, ou quem o acompanha e até mesmo quem o visita e quando.

O seu papel social mais significativo de cônjuge, pai, mãe, filho, amigo ou protector poderá praticamente nem ser reconhecido a menos que o enfermeiro proporcione intervenções no sentido de dar continuidade a esses relacionamentos, que muitas das vezes até são cruciais na recuperação precoce do doente. Uma dessas intervenções poderá ser uma simples visita.

Devemos fazer uma introspecção sobre as nossas práticas e facilmente chegamos à conclusão que, temos potencial para prestar um serviço ao doente mais completo e humanizado, tendo sempre em conta a unidade da pessoa. Contudo na grande maioria das vezes algumas ficam pelas intenções.

Embora, tenhamos consciência do que seria o ideal na prestação de cuidados, estamos com um misto de Paradigma da Categorização e Integração, mas muito longe do Paradigma da Transformação.

Enquanto os enfermeiros se ocuparem somente com as prescrições, aplicarem procedimentos de rotina e delegarem noutros, missões suas, a sua imagem para a opinião pública, continuará a ser de auxiliares dos médicos.

Citando Pereira (1997), “quando demonstrarmos às pessoas o efeito dos nossos cuidados através da realização de pequenas grandes coisas, quando as pessoas sentirem que daí lhes advêm nível de bem-estar significativamente superior, nessa altura conseguiremos o prestígio e o reconhecimento social que ansiamos”.

Na medicina, outra revolução já começou. O genoma humano foi decodificado, há células humanas colonizadas, medicamentos produzidos por biotecnologias, corações mecânicos, enfim a relação médico/doente tenderá a ser cada vez mais distante porque este o vê através do exame. E nós saberemos sempre acompanhar a evolução tecnológica e simultaneamente desenvolver profundamente, aspectos relacionais e humanos?

Torna-se pois, um desafio para a enfermagem, a construção e consolidação da sua prática clínica diária, integrando e considerando as dimensões - éticas, subjectivas, técnicas e institucionais - do cuidado e - valores, sentimentos e limites - do ser alvo e carente de cuidados e do ser cuidador, que num SU com todas as suas especificidades, em que o limiar da vida e da morte se confundem, se reveste da maior importância.

Posto isto, este artigo apresenta o relato da vivência da implementação dos pressupostos do cuidado humanizado, durante o atendimento de indivíduos em situação crítica.

Nos últimos anos tem-se falado muito em cuidar, por vezes constituindo um “chavão” onde encaixa muita coisa. Desde o início dos anos oitenta que este conceito começou a ser divulgado.

Numa sociedade multicultural como a portuguesa, o desenvolvimento de um processo de transculturalização, constitui grande mas fundamental desafio. Assim, apesar de o cuidar ser universal, uma vez que está presente em todos os grupos culturais, ele pode expressar-se de formas bastante distintas. Torna-se então fundamental encarar a enfermagem como um processo transcultural passível de humanizar.

Também Lopes (1998), vem ao encontro desta ideia quando refere que, no âmbito da enfermagem não nos podemos desligar das nossas histórias quando reflectimos sobre a ideia pessoal de enfermagem. Podemos procurar vivências que nos surpreendam nos nossos contextos, sem precisarmos de nos distanciar geograficamente ou

culturalmente. Vivências que nos façam olhar diferentemente a nossa vida, os outros, o mundo; são estes nossos olhares que podem determinar mudanças.

Por outro lado, não nos podemos esquecer que o indivíduo está inserido num grupo, com determinadas regras sociais, pelo que concordamos com Collière (1999), quando afirma que cuidar não pode ser um acto isolado, amputado de toda a inserção social. Cuidar é um acto social... e implica uma responsabilidade social.

Como nos diz Watson (1999), “para cuidar de alguém, tenho que saber por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento; tenho que saber responder às suas necessidades e quais são os meus próprios poderes e limitações”. A mesma autora refere ainda que, a ciência do cuidado enfoca predominantemente a promoção da saúde e, para tanto, necessita expandir a visão de mundo e a habilidade de pensamento crítico.

Para Waldow (2004), o cuidado deve conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstrada por palavras, tom de voz, postura, gesto e toque.

Então podemos dizer, cuidar é uma arte complexa, para considerarmos cuidar uma arte terapêutica temos de conseguir combinar elementos de conhecimento, de destreza e de intuição para podermos ajudar a pessoa necessitada. Essa é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade.

Acredita-se que esta conjugação, indispensável para a experiência e a demonstração do cuidado humano nas relações e actividades, deve envolver todos os profissionais de enfermagem, destacando-a como um valor, um imperativo moral, uma filosofia para a acção.

Cuidar num serviço de urgência, de acordo com Alminhas (2007), é estabelecer uma relação de confiança, é escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos científicos. É cima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente, a sua privacidade e dignidade.

Para Kohlrausch (1999), os enfermeiros preferem a área instrumental da enfermagem para diminuir o envolvimento com o doente, construindo um distanciamento imaginário entre o cuidador e o ser cuidado e, portanto, minimizando o envolvimento emocional e suas relações.

Inserir a humanização nas práticas desenvolvidas e realizadas no SU, torna-se possível caso se desenvolva a competência humanística no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica dos profissionais, oferecer-lhes incentivos ao comprometimento com a qualidade do cuidado de enfermagem e envolvê-los numa nova atitude face à procura quotidiana dos seus serviços.

Procurava aproximar-me do olhar dos doentes e estimular a expressão do que sentiam ou pensavam. A abertura inicial geralmente era dada por mim nesta interacção, mas normalmente um único estímulo de atenção e demonstração de interesse bastava para a conversa fluir, emergindo dúvidas, desabafos e indicações das necessidades de ajuda.

Desta forma desenvolvia-se uma comunicação capaz de estabelecer um relacionamento de ajuda - confiança, a qual é apontada como um dos melhores instrumentos do enfermeiro para garantir uma relação harmoniosa e cuidadosa.

Ao desenvolver esta ideia, sinalizo a empatia, a congruência e o calor como características para o alcance da ajuda - confiança. Procurei ser verdadeira nas minhas interacções, desenvolver empatia para alcançar sintonia com o doente e, inúmeras vezes, estimei a expressão de aceitação através da linguagem corporal aberta, do toque afectivo e do tom de voz utilizado. E pude verificar a importância destes instrumentos, que fazem a grande diferença na qualidade do cuidado. Ao longo do tempo (turno) percebi que os doentes procuravam-me com os olhos como se precisassem de garantir a minha presença na sala, como referência de segurança, em função daquele momento único e difícil de transição nas suas vidas, em que a sua saúde está em risco, e a sua única e imediata preocupação se centra no alívio dos sintomas e na recuperação do bem-estar físico e emocional.

Destaco a Unidade de Decisão Clínica (UDC), a Sala Aberta e a Sala de Observação (SO), como os locais onde desenvolvi maior impacto humano e clínico, a relação de ajuda e empatia com os doentes que tive a oportunidade de cuidar, colocando-me no lugar “do outro” e pelo menos, tentando entender o que se passa naquele momento das suas vidas. Foi fácil realizar e praticar a reflexão de que se deve cuidar do outro como se o cuidado fosse para nós próprios.

Lembro-me de uma situação que me marcou, relacionada com uma doente com diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio, que depois de transferida da sala de emergência para a UDC ficou ao meu cuidado. Recebi a doente de uma forma personalizada, tratando-a pelo seu nome próprio, tentando compreender qual a percepção que a doente tinha do seu estado de saúde actual e as dúvidas que

apresentava. Era uma doente de 44 anos, professora, com bom entendimento e sentido crítico. Uma das primeiras preocupações que ela me transmitiu foi: *“e agora o que é que eu faço, como vai ser a minha vida, tenho que ter cuidados especiais, ainda ninguém me disse nada?”*.

A conversa que daí adveio, com a partilha de conhecimentos entre ambas, foi o suficiente para que a doente ficasse grata, mas acima de tudo mais tranquila e confiante com o futuro. São estes pormenores que nos devem fazer reflectir na prática do dia-a-dia e transformar-nos em profissionais e pessoas capazes de humanizar aquilo que fazemos de forma a ir ao encontro de quem mais precisa.

As visitas aos doentes são de valorizar, sempre que possível, desde que não interfira com o desenvolvimento normal do serviço. A família deve ser envolvida no processo de recuperação do doente, sendo possibilitada a sua presença quando necessária e oportuna.

Quantas vezes a presença de um familiar directo ou de uma pessoa representativa, garantem uma extraordinária ajuda aos profissionais e ao próprio doente, garantindo de uma forma eficaz a redução da ansiedade sempre presente em situações de urgência, sendo eles a extensão dos cuidados prestados, sob a nossa orientação e supervisão.

Atendendo ao seu maior conhecimento dos hábitos, gostos, atitudes, e das necessidades dos doentes, seus familiares e ou amigos, poderão ser um precioso auxiliar durante as várias fases da sua presença no serviço. Esta influência é mais notória e real, no caso de doentes mais idosos e dependentes.

Consegue-se ainda minimizar a ansiedade que conseqüentemente contagia a família, quantas vezes apenas e tão só, por mera falta de informação acerca do que se está a passar com os seus entes queridos, e qual o plano de tratamento instituído.

## **CONCLUSÃO**

A Enfermagem hoje resgata e discute a ampliação da ciência e da arte de cuidar, introduzido e profissionalizado por Florence Nightingalle.

O cuidar, objectivo da prática da enfermagem, desenvolve-se no encontro com o outro, sendo facilmente reconhecido como uma necessidade nos momentos críticos da existência do ser humano, isto é, o nascimento, a doença e a morte. Precisa, no

entanto, ser sentido, assumido e exercitado no dia-a-dia da prática clínica para que esta não se torne mecânica, impessoal e até desumana.

Após a viragem do século, na era da informatização e da cibernética, onde a evolução técnica permite o aparecimento e aperfeiçoamento diário e constante das máquinas é de suma importância falar de humanização dos cuidados de enfermagem.

Que a azafama e os rituais do nosso dia-a-dia não nos impeçam de ter momentos de reflexão, apoio e partilha de sentimentos vividos na relação com os doentes. Os conhecimentos técnicos e científicos não são suficientes para prestar cuidados de qualidade ao doente na sua globalidade.

No Serviço de Urgência há situações graves e complexas, respeitar a vida não é só defende-la com o progresso dos nossos conhecimentos, mas também aceitar que a morte é, muitas vezes inevitável. O que nos é pedido nesses momentos será o alívio da dor, a companhia, a mão que se aperta, a ternura de quem se faz próximo e não só as perfusões, os monitores e o frio de ficar só.

## BIBLIOGRAFIA

Alminhas, M. P.S. (2007) - Cuidar da pessoa no serviço de urgência, In: Sinais Vitais – Coimbra – ISSN 0872-8844 – nº 75, p.57-60.

Collière, M. F. (1999) - Promover a vida. Da prática das mulheres aos cuidados de enfermagem, Lisboa: edição Lidel, ISBN 972-757-109-3 p.290.

Lopes, M. P. (1998) - Como Sou EU a Cuidar, Revista Servir, vol.41, nº1.

Lopes, P. (1997) - Formação em Enfermagem e Cidadania. Enfermagem em Foco, SEP, Fevereiro - Abril, nº26.

Kouhlausch, E. (1999) - Sensibilizando as enfermeiras para o cuidado transpessoal no atendimento aos portadores de HIV e doentes de AIDS: Relato de experiência. Rev Gaúcha Enfermagem.

Waldow, V. R. (2004) - O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes.

Watson, J. (1999) – Enfermagem Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem, Lisboa, Lusociência.

Sheehy's, S. (2001) – Enfermagem de Urgência Da teoria à Prática, Loures: Lusociência, 877p., 4º ed., ISBN: 972-8383-16-9.

Vaz, C.; Catita, P. (2000) – Cuidar no Serviço de Urgência, Revista Nursing, Setembro, nº148.

# ANEXO VIII

Formação em Serviço: “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde”

Plano de Acção de Formação em Serviço

## Plano de Acção de Formação:

<b>Tema:</b> Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde		<b>Local:</b> Sala de Reunião do Serviço de Cardiologia do CHTV EPE		<b>Data:</b> 17-11-2010		<b>Duração:</b> 2 Horas	
<b>Formadores:</b> Enf. <sup>a</sup> Cláudia Silva Enf. <sup>a</sup> Eugénia Borges		<b>Destinatários:</b> Enfermeiros / Assistentes Operacionais da UCIC					
<b>Formadora:</b> Enf. <sup>a</sup> Teresa Borges							
<b>Objectivo Geral:</b> <i>Conhecer a importância da Higiene das Mãos na prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)</i>							
	<b>Objectivos Específicos:</b>	<b>Conteúdos programáticos:</b>	<b>Método</b>	<b>Técnicas / Estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar Formadores e Tema</li> <li>- Definir conceitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualização da realidade</li> <li>- Fontes de infecção</li> <li>- Motivação para o tema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>Videoprojector</li> <li>Supporte papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar a motivação e interesse do grupo através da sua participação</li> </ul>	30mm
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir e controlar as IACS</li> <li>- Controlar as resistências aos antimicrobianos</li> <li>- Melhorar práticas de higienização das mãos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene Pessoal</li> <li>- Higiene das Mãos</li> <li>- Uso de Luvas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>Videoprojector</li> <li>Supporte papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar a motivação e interesse do grupo através da sua participação</li> </ul>	1hora
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintetizar conteúdos</li> <li>- Esclarecer dúvidas</li> <li>- Uniformizar procedimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de Protocolos</li> <li>- Promover Cuidados de Saúde de Qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>Videoprojector</li> <li>Supporte papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Questionar sobre dúvidas e importância da formação</li> </ul>	30mm

# FORMAÇÃO EM SERVIÇO

## Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde



Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura

Alunas da Especialidade Médico - Cirúrgica da UCP  
UCIC – HST Viseu 17.11.2010

Prelectores: Cláudia Silva  
Eugénia Borges

## OBJECTIVOS

- ▶ Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;
- ▶ Controlo das resistências aos antimicrobianos.
- ▶ Melhorar práticas de higienização das mãos;
- ▶ Uniformizar procedimentos.

## Uma realidade “pesada”

**Infecções relacionadas com cuidados de saúde:**

- Afectam centenas de milhares de doentes em todo o mundo.
- Provocam doenças mais graves.
- Acarretam altos custos inesperados
- Contribuem para mortes desnecessárias.

**5 a 10% dos doentes admitidos em hospitais de cuidados agudos adquirem uma infecção.**

**Em cuidados intensivos 1 a 4 doentes adquire uma infecção.**

## FONTES DE INFECCÃO

 <p><b>Doente</b> Factos intrínsecos</p>	 <p><b>Equipa de Saúde</b> Mãos Assepsia</p>
 <p><b>Equipamento</b> Limpeza Desinfecção</p>	 <p><b>Atmosfera</b> Água Ar...</p>

## Porque Precisamos do Controlo da Infecção?

- A higiene previne **complicações** do organismo patógeno;
- A higiene reduz **custos** nos locais de cuidados de saúde;
- A **prevenção** é melhor do que a cura;
- Sem uma boa prática de higiene não há a garantia de **cuidados seguros**.

## Estratégias Multimodal para a Higiene das Mãos

**Cinco elementos chave de um controlo eficaz da infecção**

- 1** Mudança no sistema:  
Disponibilização de solução anti-séptica de base alcoólica (SABA)  
Acesso a lavatórios, água, sabão e toalhetes de papel.
- 2** Formação / educação;
- 3** Observação e informação de retorno;
- 4** Lembretes nos locais de trabalho;
- 5** Cultura institucional de segurança.

## Adesão à Higiene das Mãos em Hospitais

Ano do Estudo	Taxa de Adesão	Área Hospitalar
1994 <sup>(1)</sup>	29%	Geral e UCI
1995 <sup>(2)</sup>	41%	Geral
1996 <sup>(3)</sup>	41%	UCI
1998 <sup>(4)</sup>	30%	Geral
2000 <sup>(5)</sup>	48%	Geral

1. Gould D. J Hosp Infect 1994;28:15-30 | 2. Larson E. J Hosp Infect 1995;30:88-106 | 3. Slaughter S. Ann Intern Med 1996;3:360-365  
4. Watananunakorn C. Infect Control Hosp Epidemiol 1998;19:858-860 | 5. Pittet D. Lancet 2000;356:1307-1312

## AS NOSSAS MÃOS PODEM CONTAMINAR TÊM SUJIDADE NÃO VISÍVEL!!!



## Como São as Mãos Contaminadas?

% Superfícies contaminadas por MARSÁ numa sala de doentes



www.handygiene.org

## Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde



## Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde



## Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde 1. Higiene Pessoal

### Requisitos Gerais de Higiene Pessoal

- Não devem ser usados adornos;
- Não podem ser usadas unhas artificiais;
- Não deve ser usado verniz nas unhas;
- As unhas devem ser curtas e limpas;

**FORTEMENTE RECOMENDADO**

[WHO] WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft), Geneva 2006.

## Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde 1. Higiene Pessoal

### Requisitos Gerais de Higiene Pessoal

- Fardamentos limpos e asseados;
- Não levar pertences pessoais;
- Cabelo preso se passar da altura dos ombros;
- Manter as barbas e bigodes aparados, curtos e limpos;
- Proibido o consumo de alimentos e bebidas.

[WHO] WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft), Geneva 2006.

## Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde



*A Higiene das Mãos é o termo geral que se aplica a qualquer um dos seguintes procedimentos:*

- Lavagem das Mãos
- Fricção das mãos
- Preparação pré-cirúrgica das mãos

Circulara Normativa da DGS Nº: 13/DQS/DSD  
DATA: 14/06/2010

### Quando realizar a higiene das mãos?

Modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos  
Conceito dos **"Cinco Momentos"**



### Definições de Termos e Conceitos relativos à Higiene das Mãos

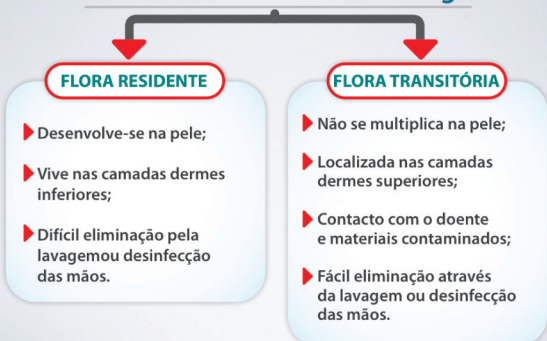
A Sabão

Sabão antimicrobiano

Solução anti-séptica de base alcoólica (SABA)



### Veículos de transmissão de microorganismos



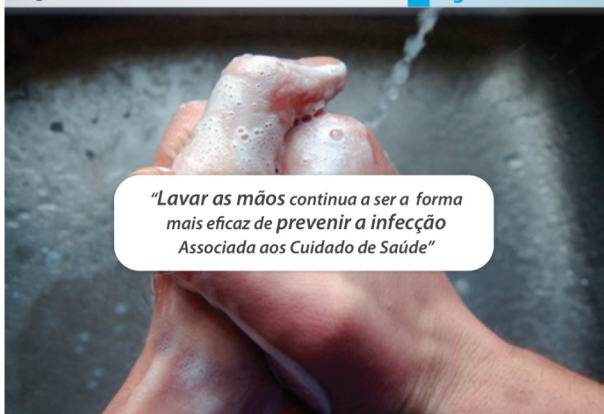
*"As mãos são o instrumento de trabalho mais importante utilizado pela equipa de saúde"*



*"Lavar as mãos evita a transmissão cruzada"*



*"Lavar as mãos continua a ser a forma mais eficaz de prevenir a infecção associada aos Cuidado de Saúde"*



### Técnicas de Higiene das Mãos

- Lavagem
- Fricção Anti-Séptica
- Preparação Pré-Cirúrgica das mãos



## Técnicas de Higiene das Mãos

### Lavagem



## Lavagem Higiénica das Mãos

Lavagem

Remoção de sujidade e microorganismos transitórios

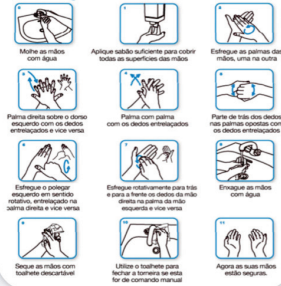
Lavagem das mãos com água e sabão

Lavagem

### Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas. Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

⌚ Duração total do procedimento: 40-60 seg.

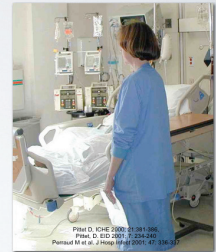


Lavagem

## Lavagem Higiénica das Mãos

### Razões para a “não-conformidade” da Lavagem das Mãos

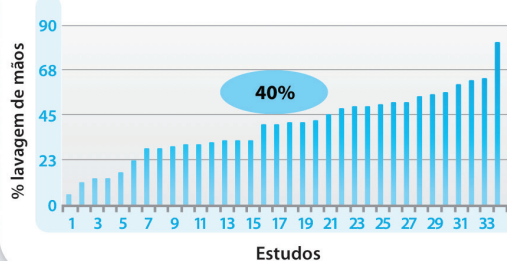
- Falta de conhecimento;
- Percepção subjectiva;
- Maus hábitos de higiene;
- Falta de recursos;
- Localização inconveniente das pias;
- Desvalorização da importância da higiene das mãos;
- Falta de tempo ou sobrecarga de trabalho;



## Lavagem de Mãos dos Profissionais de Saúde

Lavagem

Média de Conformidade em 34 Estudos



## Técnicas de Higiene das Mãos

### Fricção Anti-Séptica



## Fricção anti-séptica: Aplicação de um anti-séptico de base alcoólica para fricção das mãos

Fricção Anti-Séptica

Destruir a flora transitória

Reduzir o número de bactérias da flora residente

Impedir que as mãos sejam uma fonte de transmissão de infecção

Fricção Anti-Séptica

### Fricção Anti-séptica das mãos

Higiene as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.

⌚ Duração total do procedimento: 20-30 seg.



Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde **2. Higiene das Mãos**

Vantagens da fricção das mãos com Solução Alcoólica **Fricção Anti-Séptica**

- ▶ Reduz o número de bactérias nas mãos;
- ▶ Mais eficaz que os sabões anti-sépticos;
- ▶ Muito mais acessível que os lavatórios;
- ▶ Exige menor tempo de aplicação;
- ▶ Seca rápida e completamente;
- ▶ Os dispensadores não requerem canalização;

**Aumenta a Higiene das Mãos**

Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde **2. Higiene das Mãos**

Porquê usar Solução Alcoólica? **Fricção Anti-Séptica**

1. Actividade Antimicrobiana

BOA MELHOR ÓPTIMA

SABÃO COMUM SABÃO ANTIMICROBIANO ÁLCOOL

Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde **2. Higiene das Mãos**

Porquê usar Solução Alcoólica? **Fricção Anti-Séptica**

2. Eficácia dos Agentes de Higiene na Redução de Bactérias nas Mãos

Tempo após desinfecção das mãos

Redução bacteriana % e log<sub>10</sub>

Produto Alcoólico (70% Isopropanol)

Sabão antimicrobiano (Clorexidina 4%)

Sabão comum

Adaptado de: Hoop Epidemiol Infect Control, 2<sup>nd</sup> Edition, Philadelphia, Lippincott & Williams, 1999

Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde **2. Higiene das Mãos**

Porquê usar Solução Alcoólica? **Fricção Anti-Séptica**

3. Efeito do produto alcoólico na pele

Escore de pele

Conteúdo de água na epiderme

A Higiene das mãos com álcool é menos prejudicial às

Boyece J. IJHE 2000; 21 (7): 438-441

Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde **2. Higiene das Mãos**

Porquê usar Solução Alcoólica? **Fricção Anti-Séptica**

4. Tempo gasto para higienizar as mãos

Utilizar Soluções à Base de Álcool

Significa Poupar Tempo

62 segundos 56 minutos

15 segundos 18 minutos

Voss A, Widmer A: Infect Control Hoop Epidemiol 1997

Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde

SUMÁRIO

1. Higiene Pessoal
2. Higiene das Mãos
3. Uso de Luvas

Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde **3. Uso de Luvas**

As luvas também transmitem infecções!

"Use luvas de forma própria e adequada!"

Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde **3. Uso de Luvas**

Objectivos do Uso de Luvas:

- ▶ Proteger as mãos da contaminação por matéria orgânica e microorganismos.
- ▶ Reduzir os riscos de transmissão de microorganismos tanto para os doentes como para os profissionais.

### Recomendações:

- ▶ Não substitui a necessidade de higiene das mãos;
- ▶ Em contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, membranas mucosas ou pele não intacta;
- ▶ Remover as luvas após cuidar de um doente;
- ▶ Substituir as luvas quando cuidar de um local contaminado e passar para um local limpo, no mesmo doente.
- ▶ Manuseamento de cortantes/perfurantes ou instrumentos contaminados;
- ▶ Contacto com soluções de desinfecção.
- ▶ Lavar as mãos antes e após a utilização das luvas;

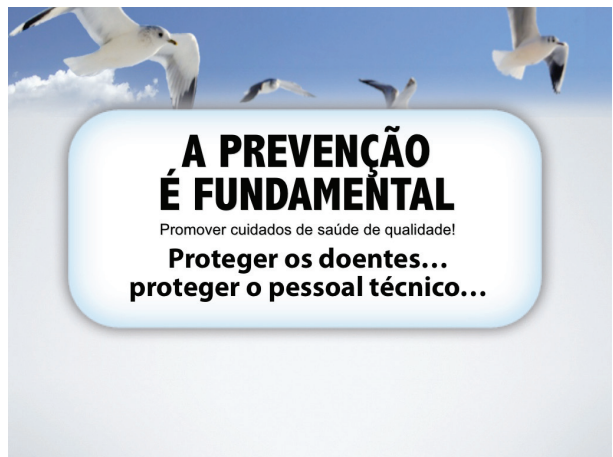
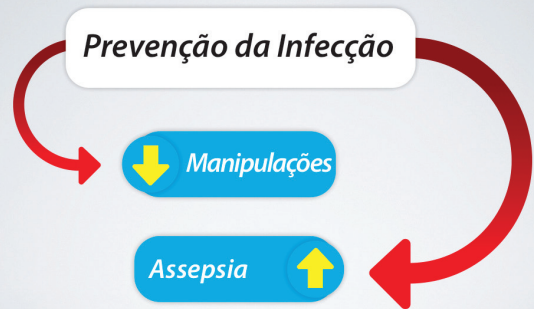
### As luvas têm uma "técnica"



Use-as imediatamente antes de começar e retire-as imediatamente após terminar.



### Prevenção da Infecção



# ANEXO IX

Formação em Serviço: “Higienização do Serviço”

Plano de Acção de Formação em Serviço

## Plano de Acção de Formação:

<b>Tema:</b> Higieneização do Serviço		<b>Local:</b> Sala de Reunião do Serviço de Cardiologia	<b>Data:</b> 17-11-2010	<b>Duração:</b> 2 Horas			
<b>Formadores:</b> Enf. <sup>a</sup> Cláudia Silva Enf. <sup>a</sup> Eugénia Borges		<b>Orientadora:</b> Teresa Borges					
<b>Destinatários:</b> Enfermeiros / Assistentes Operacionais da UCIC							
<b>Objectivo Geral:</b> <i>Conhecer os diferentes produtos químicos utilizados na higienização e promover a sua correcta utilização para prevenção de Riscos.</i>							
<b>Fases</b>	<b>Objectivos Específicos:</b>	<b>Conteúdos programáticos:</b>	<b>Método</b>	<b>Técnicas / Estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar Formadores e Tema</li> <li>- Definir conceitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualização da realidade</li> <li>- Motivação para o tema</li> <li>- Descontaminação, limpeza e desinfecção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Videoprojector</li> <li>Suporte papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar a motivação e interesse do grupo através da sua participação</li> </ul>	30mm
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higienizar o Serviço</li> <li>- Conhecer as características dos desinfectantes</li> <li>- Princípios básicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores que afectam acção dos desinfectantes/detergentes</li> <li>- Princípios e precauções na sua utilização</li> <li>- Material de Limpeza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Videoprojector</li> <li>Suporte papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar a motivação e interesse do grupo através da sua participação</li> </ul>	1hora
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintetizar conteúdos</li> <li>- Esclarecer dúvidas</li> <li>- Uniformizar procedimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de dossiê de desinfectantes/detergentes</li> <li>- Promove a sua correcta utilização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Videoprojector</li> <li>Suporte papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Questionar sobre dúvidas e importância da formação</li> </ul>	30mm

# FORMAÇÃO EM SERVIÇO

## HIGIENIZAÇÃO DO SERVIÇO

### **PERLECTORES**

Eugénia Borges \*

Cláudia Silva \*

\* Alunas da Especialidade Médico - Cirúrgica da UCP  
UCIC – HST Viseu 17.11.2010

## OBJECTIVOS

- Uniformizar Procedimentos
- Diminuir risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
- Diminuir a transmissão de microrganismos do equipamento e do ambiente, através da remoção da sujidade e matéria orgânica

## DESCONTAMINAÇÃO

Processo de remoção da carga microbiana dos materiais e equipamentos através de processos de limpeza e desinfecção tornando segura a utilização do material e equipamento

## DESCONTAMINAÇÃO

### Limpeza

A limpeza é o primeiro e mais importante passo da descontaminação de qualquer dispositivo ou equipamento médico.

Normalmente é efectuada com água e detergente. A eficácia na remoção dos microrganismos é de 80%.

### Desinfecção

Método capaz de eliminar muitos ou todos os microrganismos patogénicos com excepção dos esporos .

A eficácia na remoção de microrganismos é de 90 a 99%.

## Limpeza

A limpeza deverá ser efectuada segundo a criticidade de cada área:

- **Crítico»** Método: esterilização obrigatória
- **Semi-Crítico»** Método: esterilização ou desinfecção
- **Não-Crítico»** Método: limpeza

**Classificação:** baseia-se no nível de risco potencial de infecção

## Desinfecção

**Desinfectante»** agente químico utilizado sobre material inerte.

**A escolha do desinfectante depende:**

- Eficácia contra os organismos que representam um risco potencial;
- Tempo de contacto para atingir um efeito letal;
- Características do desinfectante: odor, grau de irritação, tempo de contacto necessário e efeitos nocivos nas superfícies;
- Conformidade com os padrões regulamentares;
- Validade da eficácia;
- Possível interacção com agentes de limpeza;
- O custo.

## Características de um bom desinfectante

- **Largo espectro de acção:** deve actuar sobre bactérias Gram (+) e Gram (-), BK, microrganismos sob a forma de esporos, vírus e fungos
- Efeito rápido
- Acção irreversível
- Dissolução de modo a proporcionar uma solução homogénea
- Não deve ser inactivado pela matéria orgânica

## Características de um bom desinfectante

- Deve ser estável, não perder facilmente a sua actividade devido ao pH, temperatura, etc.
- Bem tolerado, não pondo em risco a saúde dos profissionais que tratam do equipamento
- Não corrosivo
- Económico

## Factores que afectam a acção dos desinfectantes

- Natureza e concentração do desinfectante
- Temperatura
- Composição química do meio
- PH
- Natureza dos microrganismos

## Princípios básicos para uma boa utilização dos desinfectantes

- A desinfecção não pode substituir a limpeza
- A limpeza precede sempre a desinfecção
- Os desinfectantes devem ser utilizados só quando a esterilização não está indicada
- Os desinfectantes devem ser utilizados em conformidade com as recomendações do fabricante:
  - Preparação
  - Concentração
  - Tempo de contacto
  - Modo de aplicação
- Todas as limpezas têm que ser documentadas num registo de limpeza.
- Promover formação sobre a utilização e características dos desinfectantes.

## Precauções na utilização dos desinfectantes

- ✓ Conhecer a sua composição
- ✓ Respeitar os protocolos, diluições, incompatibilidades e doses
- ✓ Manuseamento com luvas e roupas protectoras
- ✓ Sempre que a pele for atingida pelo produto, lavar imediatamente e abundantemente com água
- ✓ Deixar cada desinfectante no seu frasco de origem
- ✓ Não deixar os frascos destapados após o seu uso

## Precauções na utilização dos desinfectantes

- ✓ Lavar o recipiente e outros utensílios auxiliares onde se utilizou desinfectante
- ✓ Respeitar o tempo de utilização
- ✓ Guardar as soluções em contentores próprios
- ✓ Respeitar o prazo de validade
- ✓ Não adicionar as soluções desinfectantes a detergentes
- ✓ Preferir os acondicionamentos em pequenas quantidades (se possível unidose)

## Higienização do serviço

Práticas de trabalho higiénicas e instalações higiénicamente limpas são as pré – condições de um ambiente de trabalho e tratamento seguro.

## MATERIAL DE LIMPEZA

- Trolley de limpeza com Sistema de duplo balde.
- Acessórios
- Detergentes
- Desinfectantes.

## Trolley de limpeza com Sistema de duplo balde.

**Balde azul»** água quente mais detergente ou fria mais desinfectante

**Balde vermelho»** apenas água, para passar a esfregona

**Espremedor»** a funcionar para o balde vermelho

**Pá»** Para retirar resíduos sólidos directamente para um saco

**Acessórios»** Sistema de 4 baldes a utilizar com os panos das respectivas cores segundo o esquema:



Trolley

## COR DE PANOS LOCAL A LIMPAR

- Pano azul** Unidade do doente
- Pano amarelo** Lavatório e azulejos do wc do doente
- Pano vermelho** Bordos da sanita e poliban do wc do doente
- Pano Verde** Copa
- Pano Branco com azul** Mobiliário das áreas de trabalho
- Pano Branco com Amarelo** Lavatório e azulejos WC do pessoal
- Pano Branco com vermelho** Bordos da sanita WC do pessoal

Enviar diariamente à lavandaria em saco de cristal identificado;  
Registrar num livro /modelo;  
Conferir diariamente o que é recebido.

## Detergentes

- SURF®- Indicado para limpeza de pavimentos
- Utilizado numa diluição de 0,25 a 0,5% / 25 a 50ml para 10L de água
- Não necessita de enxaguamento



## Desinfectantes

Dispositivos médicos

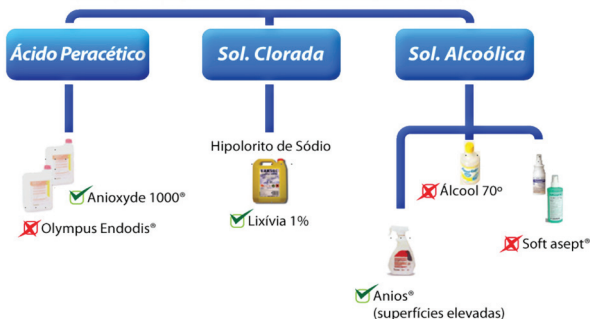
Superfícies

## Dispositivos médicos

- Alto Nível
  - Exemplo ácido peracético
- Médio Nível
  - Exemplo : álcool 70%, hipoclorito de sódio
- Baixo Nível
  - Exemplo: amónio quaternário.

## Desinfectantes

### DISPOSITIVOS MÉDICOS



## Solução Clorada

Produto:	Hipoclorito de sódio. LIXÍVIA®1%
Indicação:	Desinfecção de Equipamentos
Aplicação:	Aplicar puro.
Características:	- Efeito corrosivo para metais. - Irritante para os olhos. - Não misturar com ácidos pelo perigo de libertação de gases de cloro.
Espectro de acção:	Bactericida , fungicida e virucida.

## Solução alcoólica

Produto:	Composto de amónio quaternário em solução alcoólica Superfícies elevadas - ANIOS®
Indicação:	Desinfecção de Superfícies e Equipamentos.
Aplicação:	Produto pronto a actualizar: - Pulverizar uniformemente sobre as superfícies a tratar. - O efeito espuma após a pulverização é limitado no tempo. - Remover com papel e descartar.
Características:	Solução alcoólica límpida, incolor. Irritante para os olhos. Inflamável: afastar de fontes de calor.
Espectro de acção:	Bactericida e fungicida. Activo sobre vírus de Hepatite B e Herpes vírus

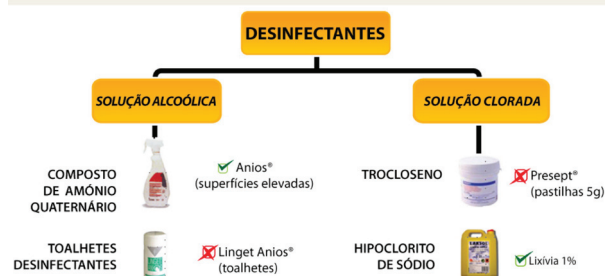
## Solução alcoólica

Produto:	Álcool Etanol 70®
Indicação:	Desinfecção de equipamentos depois de limpos e das células do ventilador
Aplicação:	Aplicar e deixar secar
Características:	Incolor, volátil, inflamável e de baixa toxicidade. Compatível com o metal
Espectro de acção:	Bactericida, fungicida e virucida

## Classificação das superfícies ou áreas

- ÁREAS CRÍTICAS
- ÁREAS SEMI-CRÍTICAS
- ÁREAS NÃO CRÍTICAS
- Qualquer área semi-crítica pode passar a crítica dependendo dos procedimentos nela efectuados e vice-versa.

## Superfícies



## Solução alcoólica

Produto:	Composto de amónio quaternário em solução alcoólica elevadas - ANIOS® Superfícies
Indicação:	Desinfecção de Superfícies e Equipamentos.
Aplicação:	Produto pronto a actualizar: - Pulverizar uniformemente sobre as superfícies a tratar. - O efeito espuma após a pulverização é limitado no tempo. - Remover com papel e descartar.
Características:	Solução alcoólica límpida, incolor. Irritante para os olhos. Inflamável: afastar de fontes de calor.
Espectro de acção:	Bactericida e fungicida. Activo sobre vírus de Hepatite B e Herpes vírus

## Solução alcoólica

Produto:	Toalhetes impregnados em solução alcoólica Linget - ANIOS®
Indicação:	Desinfecção de Superfícies e Equipamentos.
Aplicação:	- Utilizar os toalhetes na superfície a desinfetar. - Deixar secar. - Descartar toalhetes .
Características:	Toalhetes impregnados com solução desinfetante.
Espectro de acção:	Bactericida e fungicida. Activo sobre vírus de Hepatite B e Herpes vírus

## Solução Clorada

Produto:	Trocloseno (pastilhas de 5 gramas) PRESEP®
Indicação:	Desinfecção de Superfícies
Aplicação:	De acordo com as necessidades das áreas ou instrumentos a desinfetar.
Características:	Baixa toxicidade na sua concentração de uso
Espectro de acção:	Bactericida e fungicida. Activo sobre vírus HIV, Hepatite B e Herpes vírus

## Solução Clorada

Produto:	Hipoclorito de sódio a 1%. LÍXIVIA®
Indicação:	Desinfecção de Superfícies.
Aplicação:	Aplicar puro.
Características:	- Efeito corrosivo para metais. - Irritante para os olhos. - Não misturar com ácidos pelo perigo de libertação de gases de cloro.
Espectro de acção:	Bactericida , fungicida e virucida.

## Princípios Básicos

- A limpeza é o requisito prévio a qualquer procedimento de desinfecção ou esterilização;
- Proibida a limpeza de uma zona, sempre que nela estejam a decorrer cuidados médicos e de enfermagem;
- Iniciar a limpeza das zonas mais limpas para as mais sujas;
- Nas superfícies horizontais, começar o processo de limpeza do fundo da sala para a porta de saída;
- Nas superfícies verticais iniciar pelos tectos e de seguida as paredes, sempre de cima para baixo;
- Limpar num único sentido, nunca em movimentos de vaivém;
- Nos corredores a limpeza deverá ser feita na diagonal, para permitir a circulação pela metade do corredor que não está a ser limpa;
- Fazer com que no final de todas as operações de limpeza, o material de higiene/limpeza seja lavado e desinfetado (se necessário) e arrumado seco.

## Desinfetantes na UCIC

Produto	Utilização	Observações
Álcool 70º	Desinfecção de certos materiais e equipamentos, bem como superfícies, bancadas, tabuleiros e carros de apoio	Acção rápida
Linget'anios	Limpeza e desinfecção dos teclados, monitores e superfícies externas do computador	Acção rápida
Anios SE	Limpeza e Desinfecção de superfícies e dispositivos médicos	Activo contra BK
Lixívia 1%	Limpeza e desinfecção de superfícies e dispositivos médicos	Activo contra BK
Presept	Salpicos e derrames de sangue Desinfecção das borrachas das incubadoras	As soluções devem ser utilizadas de imediato, uma vez que não têm estabilidade Activo contra BK

## Identificação das Áreas de Higienização

- **Zona A** Área sem contacto com doentes  
Proceder à limpeza doméstica normal
- **Zona B** Área de doentes sem infecções  
Lavar com água e detergente
- **Zona C** Área de doentes em isolamento  
Lavar com água e detergente. Aplicar desinfetante
- **Zona D** Áreas específicas  
Lavar com água e detergente. Aplicar desinfetante

## Unidades

### Procedimento:

- Diariamente limpar com água e detergente todo o equipamento e materiais da unidade;
- Diariamente limpar o pavimento da unidade utilizando água e detergente;
- Seguir a técnica e a sequência de acção do plano básico de limpeza;
- Retirar os sacos de lixo no final de cada turno ou quando estão cheios;
- Substituir água após limpeza de cada unidade;
- Semanalmente aplicar o desinfetante após limpeza do pavimento;
- Quinzenalmente passar o pavimento apenas com água simples após a limpeza normal.

## Equipamento

- **Máquina de lavar MIELE G 7782:**  
Para lavagem e descontaminação térmica de materiais de uso clínico e não clínico.
- **Máquina de arrastadeiras LAVAPOR:**
- **Banca de inox**

## Quartos de Banho

- Lavar e desinfetar uma vez por turno;
- Aplicar hipoclorito de sódio a 1% nos pavimentos;
- Lavar a base do chuveiro com pó abrasivo;
- Lavar lavatório e torneiras;
- Passar com hipoclorito de sódio a 2% no rebordo da sanita (última tarefa a realizar).

## Higienização da Sala de Sacos

- Desinfecção diária com Presept®;
- Tempo de permanência dos resíduos hospitalares na sala nunca superior a 24 horas.

## Bancadas

- Descontaminar com Anios® SE uma vez por dia
- Limpar com água e detergente em S.O.S.

## Copa - Gabinetes – Corredores - Vestiários

- **Diariamente** limpar com água e detergente todo o equipamento e materiais ;
- **Diariamente** limpar o pavimento utilizando água e detergente;
- Seguir a técnica e a sequência de acção do plano básico de limpeza.

## Sala de Pacemaker

Efectuar a limpeza e desinfecção de acordo com a norma recomendada;

- Início do programa;
- Entre cirurgias;
- Fim do programa.

Entre Cirurgias:

- Iniciar a higienização após serem retirados os resíduos, roupa e materiais contaminados;
- Limpar o chão com água e detergente;
- Limpar, desinfetar e secar a mesa operatória e mesas de apoio;
- Na presença de derramamento ou salpicos, proceder conforme directrizes específicas;
- Descontaminar equipamento que esteve em contacto com o doente.

## Sala de Pacemaker

Fim do Programa

- Descontaminação de todas as superfícies e equipamentos existentes;
- Limpar as lâmpadas com pano húmido;
- Limpar o chão com detergente;
- Desinfetar o chão;
- Lavar o lavatório da ante-câmara com água e detergente.

## Protocolo Após Alta do Doente

- Retirar da unidade todo o equipamento utilizado pelo doente;
- Limpar com água e detergente todos os materiais e equipamentos, enxaguar com água limpa e secar;
- Lavar o pavimento com detergente;
- Em casos particulares deverá ser utilizado hipoclorito de sódio a 1%.

## Doente Infectado ou Colonizado

- Manter os mesmos procedimentos já descritos nas unidades e na alta;
- Ter em especial atenção a limpeza nos seguintes locais:
  - Manipulos das portas
  - Manipulos das torneiras
  - Campainhas
  - Interruptores
  - Sanitários
- Cumprir os protocolos para isolamento;
- Utilizar as barreiras consideradas necessárias à situação do doente;
- Os materiais utilizados na limpeza não podem servir para limpar outras áreas.

## Procedimentos Perante Derramamentos e Salpicos

### Derramamentos superiores a 30ml

#### Procedimento

- Absorver imediatamente com toalhetes ou celulose
- Aplicar lixívia sem diluir
- Actuar durante 2 minutos
- Remover o papel
- Limpar a área com água e detergente
- Secar as superfícies

### Salpicos ou Derramamentos inferiores a 30ml

#### Procedimento

- Remoção imediata com pano humedecido com lixívia
- Lavagem imediata com água e detergente

## EQUIPAMENTOS

Limpar uma vez por dia e em SOS com superfícies elevadas:

- Telefones
- Manipulos de portas
- Manipulos de campainhas
- Monitores
- Barras das camas
- Carro de medicação
- Carro de pensos
- Carro de emergência



Limpar diariamente com água e detergente:

- Rodados das camas
- Manipulos das torneiras
- Carros de pensos

## PROCESSAMENTO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

### UTILIZAÇÃO DA MÁQUINA MIELE

#### No tabuleiro normal

- Covetes e tabuleiros;
- Copos de aspiração;
- Copos de oxigénio;
- Tabuleiros e suportes;
- Taças e bacias de higiene.

#### No Kit das socas

- Socas
- Urinóis



- A máquina deve fazer 1 ciclo de limpeza, semanalmente às sexta-feira, no turno da tarde.
- Utilizar o detergente próprio e nunca usar lixívia.
- Adequar ao programa uma temperatura superior a 60° C.

## PROCESSAMENTO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

### Material para descontaminar no serviço

- Estetoscópios
- Mangas de pressão

### Material que deve ser enviado à UCE

- Material proveniente de doentes infectados;
- Ambus, e seus componentes;
- Traqueias...

### LIMPEZA SEMANAL

- As grelhas de entrada e saída de ar condicionado devem ser limpas com panos húmidos;
- Após a lavagem do chão com água quente e detergente, deve ser feita uma lavagem com água limpa;
- Esvaziar as prateleiras, limpar com um pano húmido, secar e repor o stock;
- Limpar todas as prateleiras dos aprovisionamentos e armários.

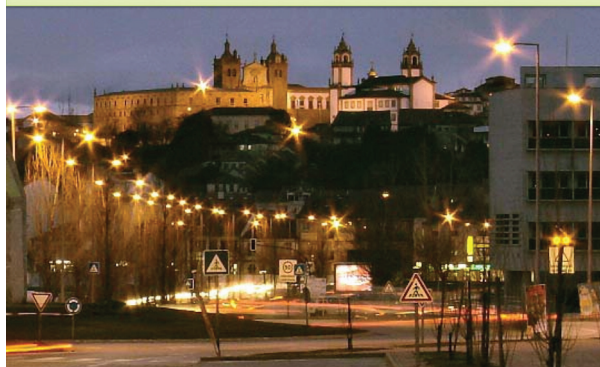
### LIMPEZA MENSAL

- O protocolo de limpeza mensal da sala deve abranger todas as áreas anteriormente referidas e ainda a limpeza das paredes até ao tecto;
- Limpar o interior das janelas, o mobiliário das zonas de apoio e o equipamento menos usado.

## Referencias Bibliográficas

- CCI (2005). Manual de prevenção de infecções Nosocomiais, Comissão de Controlo da infecção - Hospital de São Teotónio, SA: 3ª Edição
- CCI (2009). Manual de utilização de Anti-sépticos e desinfetantes.- Hospital de São Teotónio, EPE – Comissão de controlo da infecção: Viseu.
- PNCI – Recomendações para a Higieneização do Ambiente nas Unidades de Saúde [em Linha] Lisboa :INSA, 2006b. [consult. 5 Nov. 2010] Disponível em [http://WWW.insa.rj.pt/site/resouces/docs/PNCI/precaucoes\\_basica\\_pnci.pdf](http://WWW.insa.rj.pt/site/resouces/docs/PNCI/precaucoes_basica_pnci.pdf).
- UCIC .Manual de Boas Práticas -Para Auxiliares de .2009

## Questões - Contributos





## **Hospital de São Teotónio, E.P.E.**

**Departamento de Educação Permanente**

Avenida Rei D. Duarte,

3504-509 Viseu

NIF 506 361 578

# **Declaração**

Para os devidos efeitos, se declara que **Cláudia Cecília Farias Silva**, Enfermeira graduada, a exercer funções no Hospital São Teotónio, EPE, aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica de Viseu, participou como **formadora** nas seguintes acções de formação em serviço, dirigidas a Enfermeiros e Assistentes Operacionais:

- "**Higienização do Serviço**", com a duração de 1h30mn;
- "**Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**", com a duração de 1h30mn.

Estas acções de formação foram realizadas no dia 17 de Novembro de 2010, no âmbito do estágio realizado no serviço de UCIC do Hospital S. Teotónio, E.P.E.

HST, E.P.E. 10 de Dezembro de 2010

A Vogal do DEP



(Maria Teresa da Cunha S.S. Pinto, Enf. Supervisora)

# ANEXO X

Cartaz de Divulgação de Acção de Formação:  
“Novas Guidelines Suporte Avançado de Vida no Adulto”

Plano de Acção de Formação em Serviço

Apresentação de Sessão de Abertura

## Plano de Acção de Formação:

<b>Tema: SAVA</b>		<b>Local:</b> DEPE do CHTV EPE	<b>Data:</b> 05, 12 e 26 -02-2011	<b>Duração:</b> 12 Horas			
<b>Formador:</b> Dr. Igor Millet		<b>Orientadora:</b> Enf. <sup>a</sup> Teresa Borges					
<b>Objectivo Geral:</b> Fundamentar as Alterações Propostas pelo CPR em Outubro 2010 Relativamente ao SAVA.							
	<b>Objectivos Específicos:</b>	<b>Conteúdos programáticos:</b>	<b>Método</b>	<b>Técnicas / Estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar os Organizadores / Formador / Formandos</li> <li>- Definir o Âmbito da Formação</li> <li>- Definir Objectivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualização da Realidade</li> <li>- Motivação para o tema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>Videoprojector</li> <li>Suporte papel</li> </ul>	Colocação de três questões sobre temática	15mm
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as alterações ao SAVA</li> <li>- Saber Aplicar os Algoritmos de SAVA</li> <li>- Promover Cuidados de Saúde de Qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suporte Básico de Vida</li> <li>- Desfibrilhação Automática Externa</li> <li>- Suporte Avançado de Vida no Adulto</li> <li>- Cuidados pós Reanimação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>Videoprojector</li> <li>Suporte papel</li> </ul>	Colocação de três questões sobre temática	210mm
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintetizar conteúdos</li> <li>- Esclarecer dúvidas</li> <li>- Uniformizar procedimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumo da Formação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>Videoprojector</li> <li>Suporte papel</li> </ul>	Colocação de três questões sobre temática	15mm

# NOVAS GUIDELINES DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO ADULTO

05.12.26FEV2011 | DAS09HÀS13H | DEP. H.S.T. VISEU



**Dr. Igor Milet** [PRELECTOR]



**Enfermeiros do Serviço de Urgência** [DESTINATÁRIOS]



## ORGANIZAÇÃO:

Alunos da Especialidade Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa 2009/2011

Orientador: Mestre Enf.ª Teresa Borges

NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**  
ERC (European Resuscitation Council)



NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**

AGENDA

INDICE

SUMÁRIO

PLANO...



NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**

AGENDA

Sessão de Abertura

- . Apresentação dos Organizadores / Formador / Formandos
- . Definição do Âmbito da Formação
- . Definição dos Objectivos da Formação

Conteúdos Programados

- 1- Suporte Básico de Vida
- 2- Desfibrilhação Automática Externa
- 3- Suporte Avançado de Vida

Encerramento dos Trabalhos



NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**

Sessão de Abertura

**Organizadores:**

Alunos do 3º curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – UCP  
Enf.ª Cláudia Silva  
Enf.ª Eugénia Borges  
Enf.ª Isabel Marinho  
Enf.º Paulo Aparício

**Prefector:**

Dr. Igor Milet

**Destinatários:**

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do HSTV



NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**

Âmbito da Formação

Formação em Serviço, proposta e dinamizada pelos Alunos do 3º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – UCP, baseada nos projectos definidos para o decurso do Estágio no Serviço de Urgência, e orientada em função do exercício profissional de enfermagem, abrangendo a teoria e a prática clínica diária.



NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**

OBJECTIVOS

- Proporcionar formação adequada sobre as orientações de procedimentos em SAVA.
- Proporcionar intercambio de conhecimentos.
- Manter padrões de qualidade elevada nos cuidados prestados.
- Contribuir para o desenvolvimento profissional, individual e colectivo.
- Uniformizar procedimentos.
- Promover boas relações de trabalho entre todos os elementos e todas as organizações envolvidas.



Conteúdos Programados

**1- Suporte Básico de Vida**

- Algoritmo
- Reconhecimento da PCR
- A Ventilação Inicial
- Ventilação
- Compressões Torácicas
- Avaliação



Conteúdos Programados (Cont.)

**2- Desfibrilhação Automática Externa**

- Algoritmo
- DAE em Espaços Públicos
- DAE Intra Hospitalar



Conteúdos Programados (Cont.)

**3- Suporte Avançado de Vida**

- Algoritmos
- Alterações (Via Aérea / Acessos / Fármacos)
- Cuidados Pós Reanimação



Encerramento dos Trabalhos



# ANEXO XI

Cartaz de Divulgação de Conferência: “O Idoso no Serviço de Urgência”

Plano de Acção de Formação em Serviço

## Plano de Acção de Formação:

<b>Tema: O Idoso no Serviço de Urgência</b>		<b>Local:</b> Auditório CHTV EPE	<b>Data:</b> 01 – 03 -- 2011	<b>Duração:</b> 3 Horas			
<b>Prelectores:</b> Sónia Santos, Maria Loureiro, João Tavares, Clara Lopes		<b>Destinatários:</b> Enfermeiros e todos os Profissionais de Saúde	<b>Orientadora:</b> Enf. <sup>a</sup> Teresa Borges	<b>Moderador:</b> Enf.º Manuel Oliveira (OE)			
<b>Objectivo Geral:</b> Sensibilizar a Comunidade de Profissionais de Saúde para a Realidade do Idoso Quando Recorre ao Serviço de Urgência							
	<b>Objectivos Específicos:</b>	<b>Conteúdos programáticos:</b>	<b>Método</b>	<b>Técnicas / Estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar os Organizadores /Moderador / Prelectores</li> <li>- Definir o Âmbito da Conferencia</li> <li>- Definir Objectivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualização da Realidade</li> <li>- Motivação para o tema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>Videoprojector</li> <li>Suporte papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocação de três questões sobre temática</li> </ul>	15mm
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer Problemática dos Temas</li> <li>- Saber</li> <li>- Promover Cuidados de Saúde de Qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solidão</li> <li>- Violência</li> <li>- Cuidador Informal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>Videoprojector</li> <li>Suporte papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocação de três questões sobre temática</li> </ul>	150mm
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintetizar conteúdos</li> <li>- Esclarecer dúvidas</li> <li>- Uniformizar procedimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumo das Apresentações</li> <li>- Debate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Activo</li> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power Point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>Videoprojector</li> <li>Suporte papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocação de três questões sobre temática</li> </ul>	15mm

CONFERÊNCIA

# O IDOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Solidão • Violência • Cuidador Informal

1. MARÇO. 2011. 14,30h

Hospital São Teotónio de Viseu E.P.E. - Auditório do DEP

Moderação | Manuel Oliveira Conselho Directivo da Secção Regional do Centro/Ordem dos Enfermeiros

Prelectores

Dr.ª Sónia Santos | APAV - Coimbra

Enf.ª Maria Loureiro | ANEPES (Associação Nacional de Enfermeiros Promotores do Envelhecimento Saudável)

Enf.º João Tavares | Serviço de Urgência dos HUC, E.P.E.

Enf.ª Clara Lopes | Centro de Saúde Norton de Matos - ACES Baixo Mondego I

Tutores

Albino Alberto • Fernando Pina • Isabel Tavares • Maria Goreti

Maria José Francisco • Marisa Saraiva • Paulo Silva • Pedro Moutela

Organizado pelos alunos  
da Especialidade de Enfermagem  
Médico-Cirúrgica 2009 / 2011 da UCP:

Cláudia Silva  
Eugénia Borges  
Isabel Marinho  
Paulo Aparício

Orientador: Mestre Enf.ª Teresa Borges

# ANEXO XII

“Manual de Limpeza e Higienização do Serviço de Urgência Geral”

**MANUAL DE LIMPEZA E  
HIGIENIZAÇÃO DO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA  
GERAL**

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>1 – Introdução</b> _____	3
<b>2 – Objectivo Geral</b> _____	4
2.1 – Objectivos Específicos _____	4
<b>3 – Definições de Termos e Conceitos Relativos à Limpeza e Higienização do Serviço</b> _____	5
<b>4 - Classificação das Áreas Hospitalares</b> _____	6
4.1 - Áreas Críticas _____	6
4.2 - Áreas Semi-críticas _____	6
4.3 - Áreas não Críticas _____	7
<b>5 – Desinfectantes</b> _____	8
5.1 - Escolha do Desinfectante Depende _____	8
5.2 - Características de um Bom Desinfectante _____	9
5.3 - Princípios Básicos para uma Boa Utilização dos Desinfectantes _____	9
5.4 - Precauções na Utilização dos Desinfectantes _____	10
5.5 - Factores que Afectam a Acção dos Desinfectantes _____	11
<b>6 – Técnica de Limpeza de Pavimentos</b> _____	12
6.1 - Método do Trolley de limpeza com Sistema de duplo balde _____	12
<b>7 - Actuação em caso de Salpicos ou Derrames</b> _____	14
7.1 - Salpicos ou Derrames Inferiores a 30 ml _____	14
7.2 - Derrames Superiores a 30 ml _____	14
<b>8 – Regras Básicas de Higienização</b> _____	16
<b>9 - Higiene Pessoal</b> _____	17
8.1 - Requisitos Gerais de Higiene Pessoal _____	17
<b>10 - Equipamento de Protecção Individual</b> _____	18
10.1 - Tipos de Equipamento de Protecção Individual _____	18
<b>11 – Descontaminação e Armazenamento de Materiais e Equipamentos de Limpeza</b> _____	20
<b>12 – Bibliografia</b> _____	21

## 1 – INTRODUÇÃO

A limpeza e higiene hospitalar são, nos dias actuais, consideradas prioritárias pelos profissionais de saúde. Estudos têm apontado que quando adequadamente realizada, favorece a eficiência do atendimento dando conforto e bem-estar ao doentes e aos profissionais.

A importância de um ambiente limpo e desinfectado tem particular importância no controle das infecções hospitalares, garantindo a higiene das áreas e equipamentos, reduzindo assim as infecções associadas aos cuidados de saúde.

A limpeza e manutenção das superfícies estruturais do ambiente, são medidas fundamentais de controlo da qualidade do ambiente hospitalar. A limpeza consiste no processo de remoção da sujidade o que inclui a remoção dos microrganismos nela contidos e da matéria orgânica que favorece a sobrevivência e proliferação dos mesmos.

As funções da limpeza são várias, tendo em conta duas vertentes: a vertente microbiológica, já que através dela são removidos os microrganismos do ambiente, pela remoção da sujidade, tornando as superfícies seguras para doentes e profissionais e a vertente não microbiológica que consiste em manter a aparência, restabelecer a função e evitar a deterioração das superfícies. A limpeza é ainda importante do ponto de vista da imagem da instituição e sobre o estado psicológico dos doentes e dos profissionais.

Os profissionais devem estar constantemente em actualização e formação nos métodos, equipamentos, produtos e técnicas adequadas a cada processo de limpeza e desinfectação, focando a redução de riscos de contaminação e infecção, tornando o ambiente mais seguro e saudável para os doentes.

Desta forma, a elaboração do presente manual tem como principal objectivo nortear as acções nesta área, também considerada de apoio à prevenção e ao controle das infecções hospitalares, oferecer aos profissionais desta instituição informações a serem acrescentadas ao seu acervo de conhecimentos, que possibilitem a competência e eficiência das acções executadas para a limpeza e higiene e, principalmente, uma maior segurança no ambiente hospitalar.

## **2 - OBJECTIVO GERAL**

Implementar uma cultura de segurança, de modo que a prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) seja vista como parte integrante das actividades diárias dos profissionais de saúde, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança dos doentes/utentes.

### **2.1 – Objectivos Específicos**

- Promover uma boa higienização das instalações das Unidades de Saúde, de forma a prevenir e/ou reduzir as IACS;
- Definir procedimentos e métodos de limpeza e de desinfectação para as Unidades de Saúde, de acordo com a natureza das estruturas e o risco potencial de infecção;
- Definir formas de actuação e escolha dos anti-sépticos e desinfectantes;
- Facilitar a supervisão da higienização das instalações nas Unidades de Saúde.

### **3 - DEFINIÇÕES DE TERMOS E CONCEITOS RELATIVOS À LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DO SERVIÇO**

As definições e conceitos na área da limpeza e higienização são vastos, pelo que se apresentam apenas os mais relevantes.

**LIMPEZA:** Eliminação mecânica de qualquer matéria orgânica e sujidade, visível ou não, de uma superfície, sem alteração das características originais do item que está sendo limpo, e onde o processo utilizado não seja nocivo ao meio ambiente.

**DESINFECÇÃO:** Destruição de microrganismos, excepto os esporulados, pela aplicação de meios físicos ou químicos, em equipamentos ou superfícies.

**DESCONTAMINAÇÃO:** É um processo de destruição ou remoção da contaminação microbiana de modo a tornar o material seguro para ser utilizado. Implica limpeza e desinfecção ou simplesmente limpeza.

**ESTERILIZAÇÃO:** Eliminação ou destruição de todo o tipo de microrganismos, incluindo as formas esporuladas, através de vapor sob pressão, agentes químicos (líquidos ou gasosos), calor seco e plasma por peróxido de hidrogénio.

**DETERGENTE:** Composto que possui uma acção de limpeza. É constituído por uma parte hidrofílica e lipofílica. Existem quatro grupos: aniónico, catiónico, anfótero e não-iónico.

**DESINFECTANTE:** Agente químico utilizado sobre material inerte.

**EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPIs):** São quaisquer meios ou dispositivos destinados a ser utilizados por uma pessoa contra possíveis riscos ameaçadores da sua saúde ou segurança durante o exercício de uma determinada actividade.

## **4 – CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS HOSPITALARES**

As áreas hospitalares podem ser classificadas em três categorias de acordo com o seu potencial de contaminação, facilitando desta forma os procedimentos de limpeza destas áreas.

### **4.1 - Áreas Críticas**

- São aquelas onde há maior reunião de doentes graves (baixa resistência), maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções.

Exemplos:

- Bloco Operatório.
- Central de Material e Esterilização
- Laboratório de Anatomia Patológica
- Neonatologia
- Posto de Sangue
- Unidade de Cuidados Intensivos

### **4.2 - Áreas Semi-críticas**

- São aquelas onde os doentes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção menor.

Exemplos:

- Enfermarias
- Farmácia
- Ambulatórios
- Copa e Cozinha
- Corredores
- Elevadores
- Radiologia

### 4.3 - Áreas não Críticas

- São todas as áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, não ocupadas por doentes, ou destinadas a exames clínicos.

Exemplos:

- Áreas Administrativas
- Biblioteca
- Armazéns em geral
- Refeitório
- Vestiários
- Anfiteatros
- Arquivo Médico.

**Nota:** Qualquer área semi-crítica pode passar a crítica dependendo dos procedimentos nela efectuados e vice-versa.

## **5 - DESINFECTANTES**

Todos os profissionais têm de ter formação sólida sobre a utilização e as características dos agentes antimicrobianos existentes na instituição e devem compreender claramente os aspectos de segurança do manuseamento desses agentes.

Os desinfectantes actuam pela exposição dos microrganismos presente a uma concentração suficiente de desinfectante durante um período de tempo definido. Simplesmente expor a superfície e limpar não irá proporcionar o tempo de contacto suficiente para que o desinfectante tenha um efeito benéfico.

Os desinfectantes devem ser utilizados em conformidade com as recomendações do fabricante. Portanto estes devem ser escolhidos de modo a considerar os aspectos a seguir desenvolvidos.

### **5.1 - Escolha do Desinfectante Depende**

- Eficácia contra os organismos que representam um risco potencial.
- Tempo de contacto para atingir um efeito letal.
- Características do desinfectante: odor, grau de irritação, tempo de contacto necessário e efeitos nocivos nas superfícies.
- Conformidade com os padrões regulamentares.
- Validade da eficácia.
- Possível interacção com agentes de limpeza.
- O custo.

## **5.2 - Características de um Bom Desinfectante**

- Largo espectro de acção: deve actuar sobre bactérias Gram (+) e Gram (-), BK, microrganismos sob a forma de esporos, vírus e fungos.
- Efeito rápido.
- Acção irreversível.
- Dissolução de modo a proporcionar uma solução homogénea.
- Não deve ser inactivado pela matéria orgânica.
- Deve ser estável, não perder facilmente a sua actividade devido ao pH, temperatura, etc.
- Bem tolerado, não pondo em risco a saúde dos profissionais que tratam do equipamento.
- Não corrosivo.
- Económico.

## **5.3 - Princípios Básicos para uma Boa Utilização dos Desinfectantes**

- ▶ A desinfecção não pode substituir a limpeza.
- ▶ A limpeza precede sempre a desinfecção.
- ▶ Os desinfectantes devem ser utilizados só quando a esterilização não está indicada.
- ▶ Os desinfectantes devem ser utilizados em conformidade com as recomendações do fabricante:

- Preparação
  - Concentração
  - Tempo de contacto
  - Modo de aplicação
- ▶ Respeitar o tempo de contacto necessário dos desinfectantes.
  - ▶ Utilizar diluições correctas e recentes.
  - ▶ Todas as limpezas têm que ser documentadas num registo de limpeza.
  - ▶ Promover formação sobre a utilização e características dos desinfectantes.

#### **5.4 - Precauções na Utilização dos Desinfectantes**

- ✓ Conhecer a sua composição.
- ✓ Respeitar os protocolos, diluições, incompatibilidades e doses.
- ✓ Manuseamento com luvas e roupas protectoras.
- ✓ Sempre que a pele for atingida pelo produto, lavar imediatamente e abundantemente com água.
- ✓ Deixar cada desinfectante no seu frasco de origem.
- ✓ Não deixar os frascos destapados após o seu uso.
- ✓ Lavar o recipiente e outros utensílios auxiliares onde se utilizou desinfectante.
- ✓ Respeitar o tempo de utilização.
- ✓ Guardar as soluções em contentores próprios.

- ✓ Respeitar o prazo de validade.
- ✓ Não adicionar as soluções desinfectantes a detergentes, a não ser que sejam compatíveis.
- ✓ Preferir os acondicionamentos em pequenas quantidades (se possível unidose).

### **5.5 - Factores que Afectam a Acção dos Desinfectantes**

- Natureza e concentração do desinfectante.
- Temperatura
- Composição química do meio (ex. quantidade de matéria orgânica).
- PH (p. ex. glutaraldeídos, clorhexidina e amónios quaternários actuam melhor em meio alcalino; o hipoclorito actua melhor em meios ácidos).
- Natureza dos microrganismos.

## 6 - TÉCNICA DE LIMPEZA DE PAVIMENTOS

A limpeza com água quente e detergente é adequada para os pavimentos existentes nas Unidades de Saúde, pois remove a maior parte dos microrganismos. Contudo é igualmente importante, para que não haja recontaminação e multiplicação de microrganismos, que todas as superfícies limpas fiquem bem secas.

### 6.1 - Método do Trolley de limpeza com Sistema de duplo balde

Recomenda-se que a limpeza do pavimento seja efectuada com o método de duplo balde, o qual deve englobar os componentes referidos na Figura.

<p>Modelo 1</p>	<p><b>LEGENDA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(A) Carrinho de suporte</li> <li>(B) Balde com água quente</li> <li>(C) Balde com água quente e detergente</li> <li>(D) Espremedor</li> </ul>
<p>Pavimento</p> <p>Fonte: As autoras</p>	<p><b>Fase 1</b> - Enxaguar a esfregona no balde de água quente com detergente (balde laranja - 1);</p> <p><b>Fase 2</b> - Espremer o excesso de água no balde que contem só água quente (balde azul - 3);</p> <p><b>Fase 3</b> - Lavar o pavimento (2);</p> <p><b>Fase 4</b> - Enxaguar a esfregona no balde que contem só água quente para remoção da sujidade (balde azul - 3);</p> <p><b>Fase 5</b> - Espremer o excesso de água da esfregona (4);</p> <p><b>De seguida inicia-se novamente a Fase 1.</b></p>

Na limpeza do pavimento deve ainda ter-se em conta que:

- ⇒ A esfregona deve ser agitada dentro de cada balde e bem espremida;
- ⇒ Devem adoptar-se movimentos ondulantes e manter as franjas da esfregona abertas;
- ⇒ A água deve ser quente e mudada frequentemente. Nas áreas críticas e semicríticas, por exemplo, a água tem de ser mudada sempre entre salas e, dentro de cada sala, sempre que a água se encontre visivelmente suja, para evitar a redistribuição de microrganismos;
- ⇒ Nos corredores e/ou áreas a limpar devem colocar-se fitas ou outra sinalização (ex: cones de sinalização) para aviso de piso escorregadio, nos dois extremos dessas áreas;
- ⇒ Os corredores e escadas devem ser lavados no sentido longitudinal, ou seja lava-se primeiro uma metade e só depois a restante parte, de modo a permitir a circulação segura das pessoas durante a limpeza.
- ⇒ As zonas de difícil acesso às máquinas de disco devem ser limpas manualmente.
- ⇒ Pelo menos uma vez por semana, os pavimentos devem ser lavados primeiro pelo método de duplo balde e, de seguida, deve efectuar-se uma limpeza com água simples para remover a película de detergente que se vai acumulando.

## **7 - ACTUAÇÃO EM CASO DE SALPICOS OU DERRAMES**

No caso de salpicos ou derrames de fluidos orgânicos, as áreas sujas têm de ser imediatamente e minuciosamente descontaminadas.

Devem ser usados EPIs sempre que necessário e adequado à situação.

### **7.1 - Salpicos ou Derrames Inferiores a 30 ml**

- 1) Remoção imediata com toalhetes de papel humedecido com lixívia, colocando-os em seguida no saco de resíduos do Grupo III.
- 2) Lavar a superfície com água quente e detergente, utilizando toalhetes de uso único.
- 3) Colocar as luvas, avental e toalhetes no saco de resíduos do Grupo III à prova de fuga.
- 4) Deixar secar a superfície.
- 5) Higienizar as mãos.

### **7.2 - Derrames Superiores a 30 ml**

1. Absorver imediatamente com toalhetes ou celulose.
2. Aplicar lixívia sem diluir.
3. Actuar durante 2 minutos.
4. Proceder segundo os pontos 2), 3), 4) e 5) anteriormente descritos.

### **Notas importantes**

- Na presença de urina, não deve ser utilizado nenhum desinfectante com hipoclorito de sódio, porque pode originar a formação de vapores tóxicos, devendo-se cobrir ou conter o derrame com toalhetes de papel,

procedendo em seguida segundo os pontos 2), 3), 4) e 5) anteriormente descritos.

- As soluções devem ser utilizadas de imediato, uma vez que não têm estabilidade.
- Este produto não deve ser utilizado na desinfecção de material cirúrgico uma vez que é corrosivo.

## 8 – REGRAS BÁSICAS DE HIGIENIZAÇÃO

- ▶ A limpeza é o requisito prévio a qualquer procedimento de desinfecção ou esterilização.
- ▶ Proibida a limpeza de uma zona, sempre que nela estejam a decorrer cuidados médicos e de enfermagem.
- ▶ Usar material adequado ao procedimento e à área a higienizar (baldes, panos, rodo, sacos e outros);
- ▶ Preparar diluição correcta para a lavagem e substituir águas entre salas;
- ▶ Nunca juntar detergente e desinfectante.
- ▶ Iniciar a limpeza das zonas mais limpas para as mais sujas.
- ▶ Nas superfícies horizontais, começar o processo de limpeza do fundo da sala para a porta de saída.
- ▶ Nas superfícies verticais iniciar pelos tectos e de seguida as paredes, sempre de cima para baixo.
- ▶ Limpar num único sentido, nunca em movimentos de vaivém.
- ▶ Zelar pela manutenção dos móveis e equipamentos
- ▶ Usar Equipamentos de Protecção Individual sempre que necessário (luvas, avental, mascara, óculos e touca).
- ▶ No final de todos os procedimentos de limpeza, o material de higiene/limpeza seja lavado e desinfectado (se necessário) e arrumado seco.

## **9 - HIGIENE PESSOAL**

Todos os profissionais de saúde, desempenham uma actividade fundamental nos serviços, devendo as suas responsabilidades e obrigações iniciar pela higiene pessoal.

A higiene pessoal é extremamente importante para manter um ambiente seguro e higiénico para os doentes e os profissionais. Isso engloba uma boa higiene pessoal geral, a utilização adequada do equipamento de protecção pessoal apropriado à função e o cumprimento dos procedimentos de higiene das mãos.

Além disso é importante que os profissionais apresentem uma imagem profissional e discreta aos doentes.

### **9.1 - Requisitos Gerais de Higiene Pessoal**

- Diariamente deverão apresentar-se no local de trabalho com os cabelos limpos e presos se passar da altura do ombro.
- Higiene pessoal diária cuidada.
- Retirar adornos antes de iniciar o turno.
- Usar farda, mantendo-a limpa e passada.
- Utilizar o crachá de identificação.
- Manter as unhas curtas, limpas, sem esmalte e aplicações.
- Manter a barba e bigode aparados, curtos e limpos.
- Não fumar, comer ou beber na área de trabalho, somente no refeitório.
- Não levar pertences pessoais para a área de trabalho.

## 10 - EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPIs)

Partindo do princípio de que os riscos não podem ser eliminados completamente e que persiste sempre uma possibilidade, mesmo que ínfima, de um acontecimento negativo ocorrer, o que se pretende é reduzir essa possibilidade/probabilidade a um nível mínimo.

Para que qualquer política relacionada com o uso de EPI tenha eficácia é necessário que os respectivos equipamentos:

- ⇒ Estejam disponíveis;
- ⇒ Sejam apropriados às condições de trabalho e risco da instituição;
- ⇒ Sejam compatíveis entre si (quando usados simultaneamente);
- ⇒ Possam ser limpos e desinfectados;
- ⇒ Mantidos e substituídos quando necessário (quando não sejam de uso único) cumpram as directivas comunitárias referentes ao seu desenho, certificação e teste.

O uso de equipamento de protecção individual obedece aos princípios que se enunciam:

- Os EPI reduzem mas não eliminam o risco de transmissão;
- Os EPI só são efectivos se usados correctamente e em cada contacto;
- O uso de EPI não substitui as medidas básicas de higiene nomeadamente a lavagem/desinfecção das mãos;
- Deve ser evitado todo o contacto do EPI com superfícies, roupas ou pessoas;
- Os EPI utilizados nos doentes devem ser considerados de risco biológico e eliminados para autoclavagem, incineração ou método alternativo.

### 10.1 - Tipos de Equipamento de Protecção Individual

Os EPIs podem dividir-se em termos da zona corporal a proteger:

1. Protecção da cabeça

1.1. **Toucas:** *Devem ser usadas quando houver risco de contaminação com partículas da pele, salpicos de sangue e outros fluidos corporais. Em contacto com doentes imunodeprimidos e quando são realizados procedimentos invasivos.*

2. Protecção auditiva

**2.1 Abafadores de ruído** (ou protectores auriculares) e **tampões:** *Devem ser usados sempre que existe ruído forte.*

3. Protecção facial e respiratória

3.1 **Máscaras com ou sem viseira, óculos:** *Devem ser usados quando houver risco de contaminação da face e olhos com sangue, fluidos corpóreos, secreções, detergentes e outros.*

4. Protecção de mãos e braços

4.1. **Luvas:** *Devem ser descartáveis, calçadas imediatamente antes do procedimento de risco e removidas logo que a actividade seja completada. Devem ser trocadas de um procedimento para outro no mesmo doente e de um doente para outro.*

5. Protecção de corpo

5.1. **Aventais e batas:** *Devem ser utilizados quando houver risco de exposição da roupa ou farda a sangue, fluidos corpóreos, secreções e outros, excepto a lágrima.*

6. Protecção de pés e pernas

6.1. **Sapatos, socas:** *Devem ser apropriados para os riscos contra os quais se quer proteger: mecânicos, químicos, eléctricos e de queda.*

## **11 – DESCONTAMINAÇÃO E ARMAZENAMENTO DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE LIMPEZA**

Os materiais e equipamentos usados na limpeza e desinfecção devem estar limpos e armazenados em compartimento próprio e exclusivo, o qual deve ter os seguintes requisitos:

- Porta de entrada com identificação;
- Chão, paredes e tecto revestido em material liso, lavável, resistente e imputrescível;
- Ventilação adequada;
- Lavatório com torneira de comando não manual, dotado de dispositivo com toalhetas de papel para secagem de mãos e doseador de sabão líquido;
- Pia para despejos;
- Suporte que permita a secagem das franjas das esfregonas em posição invertida;
- Recipiente para resíduos accionado por comando não manual;
- Local próprio para guardar detergentes e desinfectantes devidamente sinalizado;
- Local de armazenamento de material limpo e seco (ex: panos de limpeza, franjas das esfregonas, entre outros);
- Local para guardar panos e franjas sujos;
- Local próprio para guardar o equipamento (ex: trolley, cabos de esfregonas, baldes, entre outros);
- Área suficiente para guardar o(s) carro(s) de limpeza.

Nos compartimentos de armazenamento de materiais e equipamentos de limpeza os produtos de limpeza devem estar nos recipientes de origem, bem rolhados (ou hermeticamente fechados), rotulados e com as respectivas fichas técnicas, para que estes sejam utilizados correctamente e para que, em caso de acidente, se possa actuar adequada e rapidamente.

## **11 – BIBLIOGRAFIA**

CCI (2005). Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais, Comissão de Controlo da Infecção - Hospital de São Teotónio, SA: 3º Edição.

CCI (2009). Manual de Utilização de Anti-sépticos e Desinfectantes Hospital de São Teotónio, EPE – Comissão de controlo da infecção: Viseu.

Direcção-Geral da Saúde (2007). Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa Prática. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa.

**Elaboração:** Cláudia Silva

Aluna do 3º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica em estágio no Serviço de Urgência Geral do CHTV EPE

**Orientação:** Professora Teresa Borges

**Chefe de Serviço:** Enf.º António Presas

**Responsável de Estágio:** Enf.ª Anabela Antunes

**Tutores:** Albino Alberto e Maria José Francisco

**Colaboração:** Enf.ª Amélia e Enf.ª Regina - Elos de Ligação da CCI

Enf.º Paulo Silva - Responsável pela Formação em Serviço

# ANEXO XIII

“Prevenção de Riscos Químicos”



## **Hospital de São Teotónio, E.P.E.**

**Departamento de Educação Permanente**

*Avenida Rei D. Duarte,*

*3504-509 Viseu*

*NIF 506 361 578*

# **Declaração**

Para os devidos efeitos, se declara que **Cláudia Cecília Farias Silva**, Enfermeira graduada, a exercer funções no Hospital São Teotónio, EPE, aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica de Viseu, participou como **formanda** nas seguintes acções de formação em serviço, dirigidas a Enfermeiros e Assistentes Operacionais:

- "Prevenção de Lesões Musculo Esqueléticas", com a duração de 1h;

- "Prevenção de Risco Químicos", com a duração de 1h.

Estas acções de formação foram realizadas no dia 17 de Novembro de 2010, no âmbito do estágio realizado no serviço de UCIC do Hospital S. Teotónio, E.P.E.

HST, E.P.E. 10 de Dezembro de 2010

A Vogal do DEP

(Maria Teresa da Cunha S.S. Pinto, Enf. Supervisora)

# ANEXO XIV

“Prevenção de Lesões Musculo-Esquelético”



## **Hospital de São Teotónio, E.P.E.**

*Departamento de Educação Permanente*

*Avenida Rei D. Duarte,*

*3504-509 Viseu*

*NIF 506 361 578*

# **Declaração**

Para os devidos efeitos, se declara que **Cláudia Cecília Farias Silva**, Enfermeira graduada, a exercer funções no Hospital São Teotónio, EPE, aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica de Viseu, participou como **formanda** nas seguintes acções de formação em serviço, dirigidas a Enfermeiros e Assistentes Operacionais:

- "Prevenção de Lesões Musculo Esqueléticas", com a duração de 1h;

- "Prevenção de Risco Químicos", com a duração de 1h.

Estas acções de formação foram realizadas no dia 17 de Novembro de 2010, no âmbito do estágio realizado no serviço de UCIC do Hospital S. Teotónio, E.P.E.

HST, E.P.E. 10 de Dezembro de 2010

A Vogal do DEP

(Maria Teresa da Cunha S.S. Pinto, Enf. Supervisora)

# ANEXO XV

“Autorização do Concelho de Administração do CHTV  
para consulta do processo do deoente”

Exm<sup>o</sup>. Sr. Presidente  
do Conselho de Administração  
do Hospital de São Teotónio E.P.E.

Viseu, 18 de Outubro de 2010

Arquivalo  
CIA - S.S. da Zute  
12/10/10  
CL

*Cláudia Cecília Farias Silva*, Enfermeira Graduada com o n<sup>o</sup> mec. 4400, a exercer funções no Bloco Operatório e aluna do 3<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo como requisito de avaliação um estudo de caso, vem solicitar a V. Ex<sup>a</sup>. que se digne autorizar a consulta do processo n<sup>o</sup> 10010240 em registo informático.

Pede Deferimento

*Cláudia Cecília Farias Silva*

# ANEXO XVI

Estudo de caso "Enfarte Agudo do Miocárdio  
com Elevação do Segmento ST"



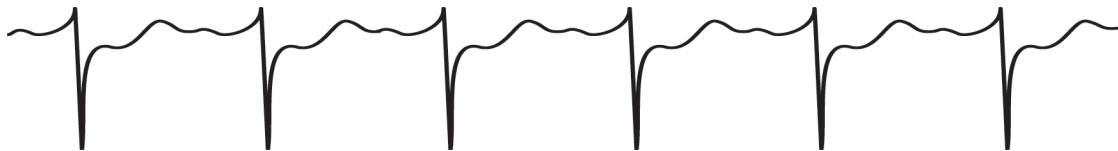
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICO**

Autora: Cláudia Cecília Farias Silva

**ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO  
COM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST**

ESTUDO DE CASO



Viseu, Novembro 2010



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**ESTUDO DE CASO**

Trabalho realizado no âmbito de Estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Módulo II, decorrido no serviço de UCIC do HSTV EPE, no período compreendido entre 04 de Outubro e 30 de Novembro de 2010

Viseu, Novembro de 2010

# Índice

## **0 - Introdução**

## **1- Enfarte Agudo Miocárdio (EAM)**

### **1.1 Definição**

### **1.2 Epidemiologia**

### **1.3 Fisiopatologia**

#### 1.3.1 Consequências da oclusão

#### 1.3.2 Remodelação ventricular

### **1.4 Factores de Risco**

### **1.5 Sintomas**

### **1.6 Diagnóstico**

#### 1.6.1 Exame Físico

#### 1.6.2 Eletrocardiograma

#### 1.6.3 Enzimas Cardíacas

#### 1.6.4 Ecocardiograma

#### 1.6.5 Angiografia

### **1.7 Complicações**

### **1.8 Tratamento**

#### 1.8.1 Tratamento de Reperusão

#### 1.8.2 Reperusão Coronária

### **1.9 Prognóstico**

### **1.10 Prevenção**

## **2 - Estudo de Caso**

### **2.1 Colheita de Dados**

#### 2.1.1 Informação do Doente

#### 2.1.2 Diagnósticos de Enfermagem

#### 2.1.3 Intervenções de Enfermagem

### **2.3 Apresentação Clínica**

### **2.4 Terapêutica medicamentosa durante o internamento**

### **2.4 Plano de cuidados**

### **2.5 Reflexão**

## **3 - Conclusão**

## **4 - Referencias Bibliográficas**

## **Índice de Figuras**

- Fig. Nº1 - Obstrução da artéria coronária
- Fig. Nº2 - Circulação sanguínea
- Fig. Nº3 - Oclusão sanguínea
- Fig. Nº4 - Lesão da artéria coronária
- Fig. Nº5 - Artérias coronárias
- Fig. Nº6 - Sistemas de Condução Cardíaca
- Fig. Nº7 - ECG com EAM
- Fig. Nº8 - Zonas de dor
- Fig. Nº9 - Zonas de dor
- Fig. Nº10 - EGC
- Fig. Nº11 - Angioplastia por balão
- Fig. Nº12 - Angioplastia
- Fig. Nº13 - Colocação de stent
- Fig. Nº14 - ECG do Sr.º APC na entrada da urgência
- Fig. Nº15 - Angioplastia do Sr.º APC
- Fig. Nº16 - ECG do Sr.º APC na entrada da UCIC
- Fig. Nº17 – Ecocardiograma do Sr.º APC

## **Índice de Tabelas**

- Tabela Nº1 - Efeito do Enfarte do Miocárdio Sobre Outros Sistemas

## **Índice de Esquemas**

- Esq. Nº1 - Espectro das síndromes coronárias agudas
- Esq. Nº2 - Algoritmo do diagnóstico das síndromes coronárias agudas

## **Índice de Gráficos**

- Gráf. Nº1 - Níveis dos marcadores cardíacos vs tempo após o início dos sintomas
- Gráf. Nº2 – Sensibilidade para o diagnóstico do EAM em doentes com ECG inconclusivo

## 0 - INTRODUÇÃO

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) constitui uma importante causa de morbidade e mortalidade, sobretudo ao nível dos países industrializados, e resulta, habitualmente, de um processo progressivo de aterosclerose coronária.

Essa patologia constitui uma das apresentações da síndrome coronária aguda (SCA), a qual abarca um espectro de sintomas compatíveis com isquemia aguda do miocárdio e inclui, além do EAM com (EAMCSST) ou sem supradesnivelamento de ST (EAMSSST), a angina instável (AI).

À medida que a população envelhece e as comorbidades se tornam mais prevalentes, verifica-se um aumento paralelo da incidência de EAM. Apesar dos avanços recentes no diagnóstico e na terapêutica, a doença cardiovascular aterosclerótica nas suas principais manifestações clínicas cardíacas representa, ainda hoje, uma importante causa de recurso aos cuidados médicos de emergência e hospitalização, constituindo uma fonte muito significativa de morbidade e mortalidade, assim como de sobrecarga a nível económico.

A identificação urgente das complicações (arrítmicas e mecânicas), a assistência mecânica e inotrópica, assim como, a correcção cirúrgica de emergência (quando necessário), reduzem, de forma significativa, a mortalidade associada ao enfarte.

O Instituto Nacional de Estatística, não fugindo à tendência mundial, indica o grupo das doenças do sistema cardiovascular como sendo o principal responsável pela mortalidade em Portugal, sendo a percentagem de óbitos dessa natureza, comparativamente com há quarenta anos atrás, francamente superior.

Em Portugal, 22% dos óbitos por patologia cardiovascular são devidos a doença isquémica cardíaca. A nível nacional, as doenças cardiovasculares, em particular o EAM, são designadas “novas epidemias”.

A tendência deste grupo de patologias será então a de se manter como principal causa de mortalidade nos próximos anos, sendo a perspectiva de crescimento da incidência do EAM apontada internacionalmente até ao ano de 2025.

Evidências científicas têm demonstrado que determinadas atitudes protagonizadas pelos profissionais de saúde são cruciais para uma efectiva prevenção cardiovascular, tornando-se fundamental na prática profissional diária o cálculo sistemático do risco global cardiovascular, avaliando em cada indivíduo o seu risco cardiovascular relativo, absoluto e projectado, para que possam ser modificados factores de risco, atempadamente.

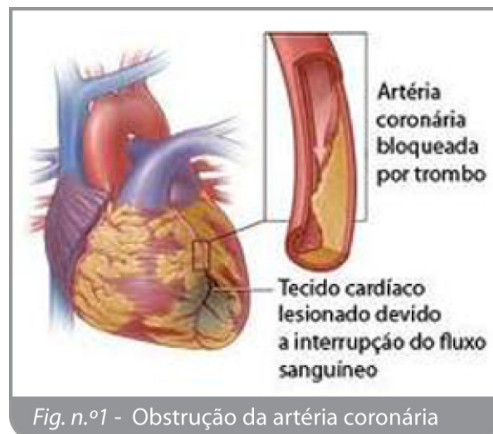
Este trabalho tem dois objectivos que serão apresentados em duas partes. Numa primeira parte, proceder-se-á a uma revisão bibliográfica sobre enfarte agudo do miocárdio, nomeadamente no que se refere à sua definição, epidemiologia, patogénese, apresentação clínica, com particular ênfase para as suas complicações arrítmicas e mecânicas, estratégias diagnósticas e terapêuticas e prognóstico. Na segunda parte apresentar-se-á um estudo de caso que abordará dados de um doente admitidos e/ou seguidos no Hospital de S. Teotónio de Viseu EPE por enfarte agudo do miocárdio.

## 1 – Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

### 1.1 - Definição

O enfarte do miocárdio consiste na necrose isquêmica de uma parte do músculo cardíaco; o mecanismo mais frequente é a oclusão de uma artéria coronária por um trombo.

Segundo SHÄFFLER (2004) “o enfarte do miocárdio resulta da oclusão de uma ou mais artérias coronárias ou dos seus ramos geralmente em consequência da formação de um trombo num segmento do vaso alterado pela aterosclerose”.



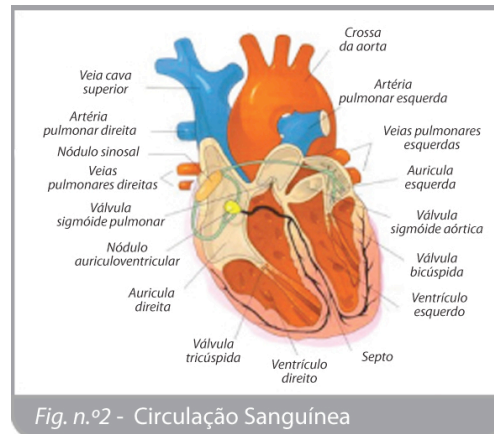
### 1.2 - Epidemiologia

O Enfarte Agudo do Miocárdio é a **principal causa de morte** nos países industrializados. Das mortes consequentes a um enfarte, a maior parte é rápida, na primeira hora, em geral por uma arritmia severa chamada de fibrilhação ventricular. Nos Estados Unidos, cerca de 25% das mortes são devidas a este problema, o que dá um número absoluto em torno de um milhão e quinhentas mil pessoas a cada ano. Um em cada 25 doentes que tem alta hospitalar morre no primeiro ano pós enfarte. A mortalidade pós enfarte é diferente conforme a faixa etária, sendo maior nas faixas etárias mais avançadas.

Cerca de 60% dos óbitos acontecem na primeira hora após início dos sintomas.

### 1.3 - Fisiopatologia

O suprimento de sangue para o coração é feito através das artérias coronárias, que surgem directamente da artéria aorta na valva aórtica, preferencialmente chamada de valva semilunar aórtica ou valva semilunar esquerda. São duas as principais artérias coronárias: a artéria coronária direita e a artéria coronária esquerda que logo se bifurca em duas grandes artérias, a artéria descendente anterior e artéria circunflexa.

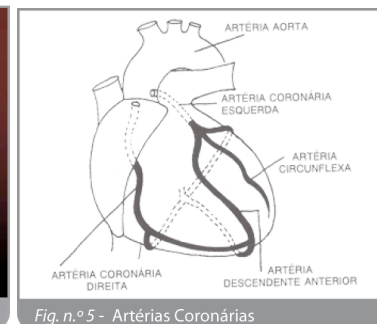
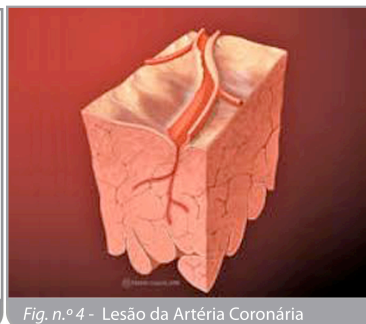
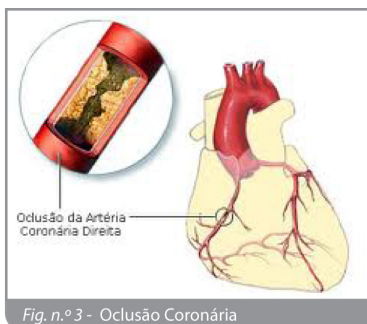


A **interrupção do suprimento ou fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco** é causada pela obstrução de uma artéria coronária ou de um de seus ramos.

A **obstrução** é causada mais frequentemente pela formação de um coágulo (ou trombo) sanguíneo sobre uma placa aterosclerótica no interior de uma das artérias coronárias.

Este **trombo** costuma ocorrer sobre uma **placa aterosclerótica** que sofreu alguma alteração, como a formação de uma úlcera ou a ruptura parcial da placa. Esta placa, antes da alteração que a instabilizou, pode ser suficientemente pequena para passar despercebida pelos métodos habituais de diagnóstico. Ou seja, um doente com "exames normais" pode vir a ter um EAM por um processo muito breve, as vezes de poucos minutos.

Quando ocorre a ruptura da placa, existe exposição de colageneo e fragmentos de tecido conjuntivo da região subendotelial. As plaquetas, células do sangue, aderem-se e agregam-se ao local da ruptura. As plaquetas liberam substâncias que desencadeiam o processo de coagulação, resultando na formação do trombo.



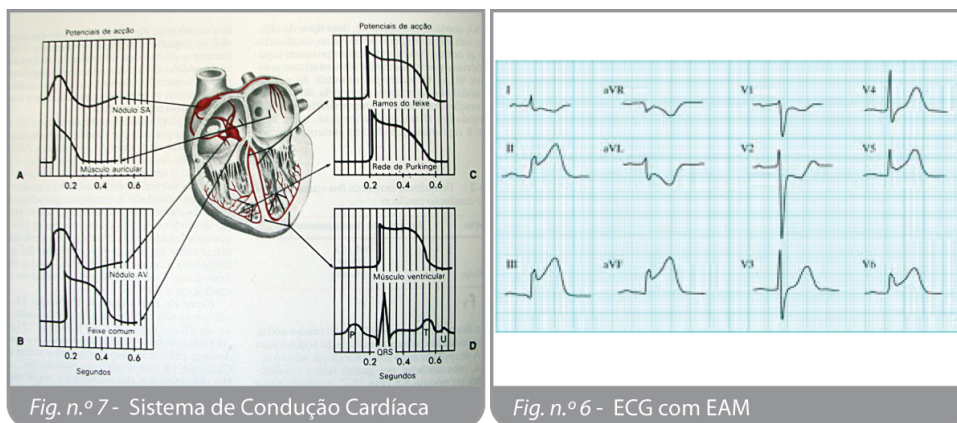
### 1.3.1- Consequências da oclusão

A falta de circulação impede a chegada de nutrientes e de oxigénio (isquemia) ao território arterial a jusante. A isquemia determina redução imediata e progressiva da contractilidade do miocárdio. A dinâmica da movimentação normal de iões, em especial potássio, cálcio e sódio, começa a se alterar. Isto gera uma **instabilidade eléctrica**.

Como o ritmo cardíaco depende deste fluxo de iões e electrões, podem ocorrer **arritmias** já precocemente no enfarte. A morte nesta fase do enfarte não costuma ser por que não existe força nos músculos, mas por que os músculos perdem a capacidade de trabalhar coordenados, tornando-se ineficientes. São músicos sem maestro.

A partir de 20 minutos de oclusão, parcelas progressivamente maiores do miocárdio entram irreversivelmente em **necrose**. Essa inicia-se na região subendocárdica, metabolicamente mais activa, estendendo-se para a epicárdica sob a forma de uma "onda de necrose", completando-se em cerca de 6 horas.

Na ausência de adequada circulação colateral, 50% da massa miocárdica em risco sofre necrose na primeira hora e 70% em 3 a 4 horas.



### 1.3.2 - Remodelação ventricular

O grau de disfunção ventricular esquerda é um dos factores de risco mais importantes na sobre vida pós EAM. Cerca de 30% a 50% dos doentes apresentam sinais de dilatação ventricular, dependendo do local e extensão do enfarte, da permeabilidade ou não da artéria ocluída, da intensidade da circulação colateral e dos factores que aumentam a tensão ventricular.

A remodelação começa dentro de horas e continua por vários meses, mesmo após a cicatrização histológica da área enfartada, a qual dura de seis semanas a seis meses. No processo de remodelação observa-se a expansão da área enfartada, fenómeno precursor

de aneurisma ventricular. Essa remodelação dependerá do tamanho e da transmuralidade do enfarte, do processo de cicatrização adequado, da intensidade das forças mecânicas que actuam sobre a parede ventricular.

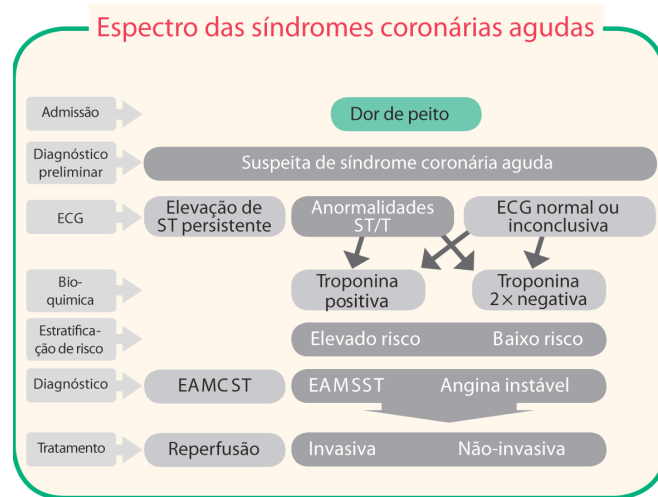
## 1.4 - Factores de risco

Os factores de risco para EAM estão associados a arteriosclerose ou doença coronária. Os factores de risco podem ser divididos em dois grupos:

- Factores que podem ser mudados ou controlados:
  - **Colesterol alto**
  - **Hipertensão arterial**
  - **Tabagismo**
  - **Excesso de peso**
  - **Sedentarismo**
  - **Diabetes Mellitus**
  - **Apneia do sono**
- Factores que não podem ser mudados
  - **Idade**
  - **História familiar ou predisposição genética**

## 1.5 - Sintomas

O sintoma mais importante e típico do EAM é a **dor** ou desconforto intenso retroesternal (atrás do osso esterno) que é muitas vezes referida como aperto, opressão, peso ou queimadura, podendo irradiar-se para o pescoço, mandíbula, membros superiores e dorso.

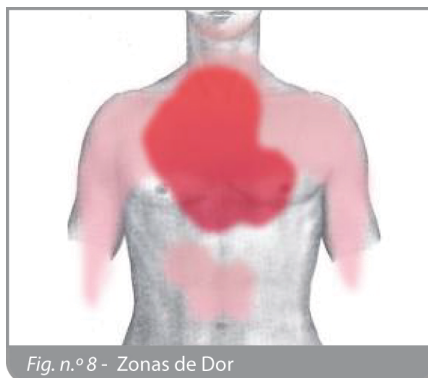


Frequentemente esses sintomas são acompanhados por **náuseas, vômitos, sudorese, palidez e sensação de morte iminente**. A duração é caracteristicamente superior a 20 minutos. Dor com as características típicas, mas com duração inferior a 20 minutos sugere angina do peito, onde ainda não ocorreu a morte do músculo cardíaco.

Doentes diabéticos, idosos e as mulheres têm maior probabilidade de apresentarem uma dor ou desconforto atípico, ou seja, com características e intensidade diferentes da descrição acima.

É possível a ocorrência de EAM sem dor. Este é o chamado enfarte silencioso. Um enfarte silencioso só será identificado na fase aguda se, por coincidência, um electrocardiograma ou uma dosagem de enzimas cardíacas for feita enquanto ele ocorre.

Os achados dependerão da extensão do enfarte. Na maioria das vezes os doentes apresentam-se desconfortáveis, ansiosos, com sinais de liberação adrenérgica. Naqueles em que a área necrosada supera os 40% da massa ventricular esquerda têm alto risco de evoluírem com Insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e choque cardiogénico.



Interacções Sistémicas	Efeito do Enfarte do Miocárdio Sobre Outros Sistemas
Sistema	Interacções
Tegumentar	Palidez da pele resultante da intensa vasoconstrição periférica, incluindo na pele.
Muscular	A redução da actividade dos músculos esqueléticos necessária para actividades como a marcha resulta da falta de irrigação cerebral e do facto de haver um <i>shunt</i> venosos dos vasos que irrigam os músculos para os que irrigam o coração e o cérebro.
Nervoso	A diminuição da irrigação cerebral, a hipotensão arterial e a dor devida à isquemia cardíaca provocam um aumento dos estímulos simpáticos e uma diminuição dos parassimpáticos, a nível do coração. A perda de consciência ocorre quando a irrigação cerebral diminui de tal modo que a oxigenação deixa de ser suficiente para manter a função cerebral, especialmente no sistema de activação reticular.
Endócrino	Quando a pressão arterial atinge valores muito baixos, a hormona antidiurética (ADH), libertada pela hipófise, e a renina, libertada pelo rim, activam o sistema renina-angiotensina-aldosterona. A ADH, segregada em grandes quantidades, e a angiotensina II levam à vasoconstrição periférica. A ADH e a aldosterona actuam sobre o rim, levando-o a reter água e electrólitos. Um aumento da volémia aumenta o retorno venoso, do que resulta um aumento do volume de ejeção cardíaco e da pressão arterial, excepto se a lesão cardíaca for muito grave.
Linfático Imunitário	Os glóbulos brancos, incluindo os macrófagos, migram para a zona de lesão no músculo cardíaco e fagocitam as células mortas.
Respiratório	A diminuição da pressão arterial reduz a irrigação pulmonar. A diminuição das trocas gasosas provoca aumento dos níveis de CO <sub>2</sub> , acidose e diminuição dos níveis de O <sub>2</sub> . Inicialmente, a respiração é profunda e laboriosa em consequência da hipercápnia, da hipoxémia e da diminuição do pH sanguíneo. Quando os níveis de O <sub>2</sub> baixam demasiado, a pessoa perde a consciência. Pode ocorrer edema pulmonar quando a eficácia da bomba ventricular esquerda é substancialmente reduzida.
Digestivo	A diminuição da irrigação do aparelho digestivo para níveis muito baixos leva, muitas vezes, ao aparecimento de náuseas e vómitos.
Urinário	O fluxo sanguíneo no rim diminui grandemente em resposta aos estímulos simpáticos. Se o rim ficar isquémico, pode ocorrer lesão tubular e insuficiência renal aguda, o que reduz a produção de urina. O aumento da uremia, a hipercalemia e o edema são dados que indicam que o rim não consegue eliminar os produtos da degradação e o excesso de água. Se a lesão não for muito grande, o período de oligúria pode durar até 3 semanas após o que a produção de urina regressa gradualmente ao normal, à medida que os túbulos renais recuperam.

**Tabela 1:** Efeito do Enfarte do Miocárdio Sobre Outros Sistemas (SEELY, Rod. 2005)

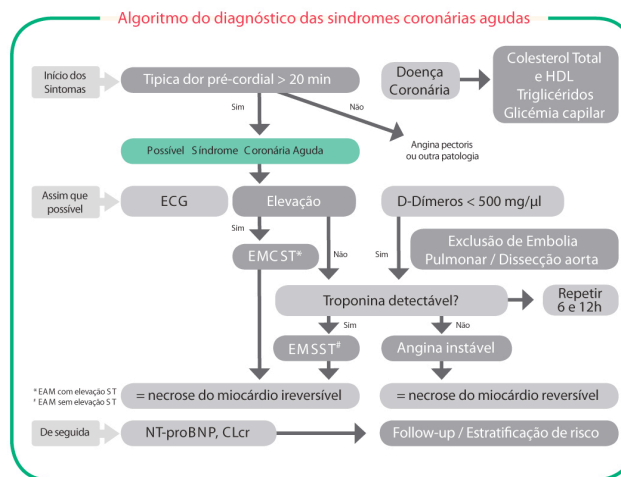
## 1.6 - Diagnóstico

A Organização Mundial de Saúde determina que para o diagnóstico de EAM é necessária a presença de critérios diagnósticos em três áreas:

### 1. Clínica

### 2. Eletrocardiográfica

### 3. Bioquímica



### 1.6.1 - Exame físico

Os sinais do EAM são:

A pressão arterial geralmente é normal.

Na **auscultação cardíaca** os ruídos estão abafados, sendo a quarta bulha um achado frequente. A terceira bulha relaciona-se com a gravidade da disfunção ventricular.

O precórdio é geralmente invisível e o ictus cordis pode ser difícil de palpar.

Outros sinais físicos de disfunção ventricular que podem estar presentes incluem, quarta (B4) e terceira (B3) bulhas, hipofonese de bulhas e, nos casos mais graves, desdobramento paradoxal da segunda bulha.

### Classificação de Killip

Classificação baseada em dados clínicos que permite estudar a gravidade da insuficiência ventricular nos doentes com EAM é bastante usada na avaliação da mortalidade em geral.

Killip I - sem dispneia, terceira bulha ou estertoração pulmonar. Mortalidade = 6%.

Killip II - dispneia e estertoração pulmonar nos terços inferiores do tórax. Mortalidade = 17%.

Killip III - edema agudo de pulmão. Mortalidade = 38%.

Killip IV - choque cardiogénico. Mortalidade = 81%.

## 1.6.2 - Electrocardiograma

Achados electrocardiográficos são fundamentais no diagnóstico de EAM:

1. Na sub oclusão é frequente a presença de **onda T invertida** ou **depressão no ponto J**.
2. Nos quadros oclusivos há **supra desnivelamento do segmento ST** em duas ou mais derivações contíguas e alterações difusas da repolarização. Se houver necrose pode ocorrer deflexão negativa inicial do complexo QRS e torna progressivamente mais proeminente.
3. O electrocardiograma inicial não é diagnóstico em 40% ou mais dos doentes com EAM, mas os achados electrocardiográficos em sequência permanecem como os pilares do diagnóstico. Podem ocorrer enfartes sem as alterações agudas ou mesmo sem nenhuma alteração. Tais casos podem ser indistinguíveis na fase aguda.

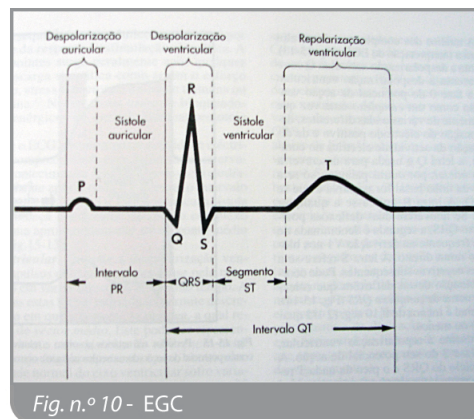


Fig. n.º 10 - EGC

### Localização (topografia)

A depender da região topográfica acometida, as alterações electrocardiográficas aparecerão em derivações distintas:

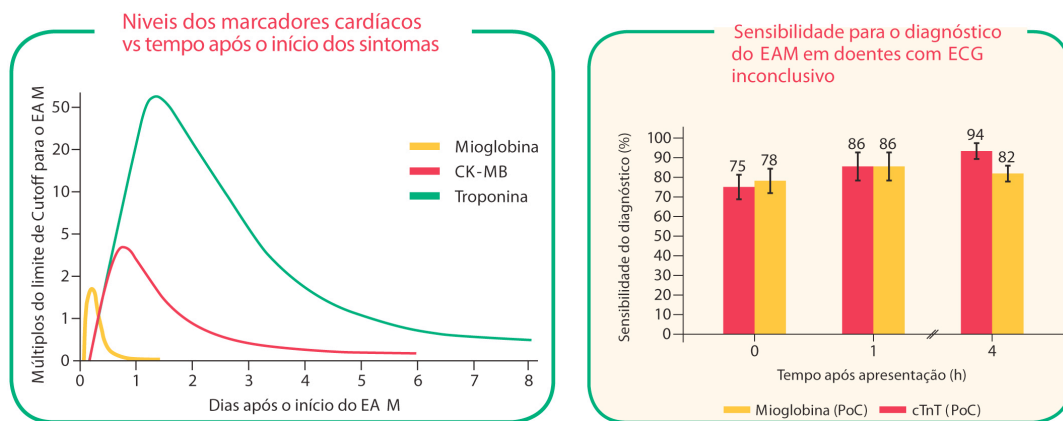
- Região ântero-septal do ventrículo esquerdo - derivações V1 a V3
- Ápice do ventrículo esquerdo - derivações de V4 a V6
- Parede lateral do ventrículo esquerdo - derivações V5, V6 e aVL
- Parede inferior do ventrículo esquerdo - derivações II, III e aVF.

### 1.6.3 - Enzimas cardíacas

Os **marcadores de necrose miocárdica** têm dupla função na avaliação do EAM, têm efeito diagnóstico e também na avaliação prognóstica. Em decorrência da isquemia prolongada a membrana celular perde a sua integridade permitindo a saída para o meio extracelular de macromoléculas, possibilitando a dosagem sérica das mesmas. Dentro das mais importantes podemos citar:

- **Creatinofosfoquinase (CK)** e Fracção MB da Creatinofosfoquinase (CK-MB). A CK-MB é mais específica para diagnóstico de necrose miocárdica, sendo a sua curva característica, obtida pela dosagem seriada, padrão para diagnóstico de EAM.
- **Troponinas T e I** - não são detectadas em indivíduos normais, sendo que sua elevação, mesmo mínima, pode significar algum grau de lesão miocárdica (micro enfartes). Uma dosagem negativa de troponina não afasta diagnóstico de IAM, devendo-se repetir essa avaliação após 10 a 12 horas do início dos sintomas. Pode se manter elevado até por 2 semanas do IAM.
- **Mioglobina** – o seu principal papel no diagnóstico de IAM decorre de seu valor preditivo negativo (variando de 83% a 98%), ou seja, é um bom método complementar para se afastar a presença de enfarte do miocárdio quando negativo - sua curva é feita apenas nas primeiras horas de dor torácica.

Na prática clínica são utilizados as troponinas e a CK-MB nas 12 primeiras horas para diagnóstico e avaliação de pacientes com suspeita de SCA e o acompanhamento da curva de CK-MB nos doentes com diagnóstico de enfarte.



### 1.6.4 - Ecocardiograma

A ecocardiografia frequentemente evidencia **comprometimento do miocárdio** segmentar, ou seja um segmento do coração não contrai devidamente. O ecocardiograma com Doppler obtido em doentes com diagnóstico ou suspeita de EAM tornou-se procedimento rotineiro de grande utilidade em hospitais que dispõem desta facilidade. Na emergência o método destina-se, de início, ao **diagnóstico diferencial** da dor torácica, afastando a possibilidade de outras patologias como estenose aórtica,

hipertensão pulmonar aguda, prolapso da valva mitral, pericardites com derrames, entre outras. O Ecocardiograma é ainda mais relevante nos casos de EAM complicados com insuficiência cardíaca ou choque cardiogénico, por permitir identificar as causas destas complicações e acompanhar a sua evolução.

### 1.6.5 - Angiografia

A angiografia é um exame bastante útil para **visualização directa de vasos acometidos**. Permite visualizar a artéria (ou as artérias) ocluída e o grau de oclusão. Este grau de oclusão é expresso por percentagem de estenose, que é feito pela comparação do segmento mais estreitado com o segmento distal ou proximal de espessura normal.

Um estreitamento maior que 70% do diâmetro é considerado significativo. Estreitamentos menores do que este grau não costumam provocar alterações importantes no fluxo coronário, não sendo prováveis causas do enfarte. O procedimento costuma ser seguro, mas está sujeito a sérias complicações. É um exame imprescindível quando se tentará restituir o fluxo de sangue a área de enfarte, seja por Angioplastia, seja por Cirurgia. Não é feito apenas quando o risco de sua realização é maior que o possível benefício que traria.

## 1.7 - Complicações

O enfarte é um processo de **necrose**, morte celular. Imediatamente após a sua ocorrência inicia-se o processo de **cicatrização** local e readaptação do miocárdio restante as necessidades do corpo. Se não surgirem complicações, após alguns meses o processo cicatricial estará completo.

- Podem, no entanto, ocorrer outras doenças decorrentes do enfarte. São as chamadas complicações pós enfarte.
- A sua gravidade encontra-se dentro de uma faixa bem ampla de possibilidades, desde a morte súbita ou incapacidade permanente, até a ausência total de consequências para a vida futura do doente.

São complicações possíveis:

- Arritmias cardíacas
- Distúrbios de condução ou bloqueios
- Insuficiência cardíaca
- Disfunções das válvulas cardíacas
- Aneurisma cardíaco
- Ruptura cardíaca, seja do septo interventricular, seja da parede externa do coração

- Pericardiopatias
- Tromboembolia pulmonar
- Tromboembolia sistêmica
- Choque cardiogênico

## 1.8 - Tratamento

Devem-se ter em conta as características da dor, os antecedentes de doença cardiovascular, idade e factores de risco na determinação da conduta inicial do doente ao serviço de saúde.

Com base nessa clínica, no ECG e nos marcadores séricos de necrose, obtém-se a estratificação inicial do risco para óbito ou EAM. Medidas básicas iniciais devem incluir: obtenção dos sinais vitais, oxigenação por cateter ou máscara, obtenção de acesso venoso, monitorização do risco cardíaco e saturação de O<sub>2</sub>, administração de 200 mg de aspirina por via oral, nitrato sublingual 5 mg, obtenção de ECG, administração intravenosa de morfina em situações de dor intensa sem melhora com nitrato.

Doentes candidatos a terapêutica para **recanalização das coronárias**, farmacológica ou mecânica são aqueles em que o ECG mostra supra desnivelamento do segmento ST que não reverte após a administração de nitrato ou com bloqueio completo de ramo esquerdo novo.

Doentes de alto risco para EAM, que devem ser encaminhado para Serviços de Terapia Intensiva, são aqueles cujo ECG se mostra com um infra desnivelamento do segmento ST além de 1 mm ou ondas T invertidas com alta voltagem em múltiplas derivações. Alternativa para esses doentes é o uso de fármacos intravenosos para estabilização de quadro clínico e o estudo cinecoronariográfico precoce em até 24 horas (imediatamente em casos refractário a medicação inicial).

O **tratamento farmacológico** faz-se com fármacos actuantes em diferentes mecanismos da doença. Dentre os **antiplaquetários** podemos destacar a Aspirina (acção por inibição da ciclo-oxigenase no metabolismo do ácido aracdónico), os derivados tienopiridínico (antagonistas da activação plaquetária mediada pelo ADP, clopidrogel, ticlopidina) e os antagonista dos receptores glicoproteicos IIb-IIIa (abciximab).

Dezenas de estudos já comprovaram os efeitos benéficos da aspirina como conduta inicial, correlacionada com o menor grau de mortalidade, associada ou não a estreptoquinase.

Outra classe de medicamento útil no EAM é os **antitrombóticos** que têm acção sinérgica com os antiplaquetários. Podemos destacar as heparinas que actuam acelerando a acção da antitrombina circulantes, precipitando a inibição da trombina IIa

e dos factores IX e Xá. Medicamentos anti-isquêmicos têm função importantíssima no controle da sintomatologia do doente.

Os **Nitratos** têm seus efeitos benéficos através da redução da pré-carga e pós-carga, diminuindo o consumo de oxigénio, actuam também por diminuição do vasoespasma coronários e tem potencial inibição da agregação plaquetária.

Os **Beta bloqueadores** diminuem o consumo de oxigénio pelo miocárdio, controlando a frequência cardíaca e a pressão arterial, reduzindo a contractilidade. Podemos destacar metoprolol, propranolol. As contra indicações do seu uso é o broncoespasmo, hipotensão, bradiarritmias e insuficiência ventricular esquerda. Também são medicamentos bastante estudados em pesquisas multicêntricas, que determinaram uma diminuição significativa em casos de enfarte e óbito.

**Antagonistas dos canais de cálcio** actuam bloqueando a entrada de cálcio nas fibras miocárdicas, reduzindo a contractilidades e, conseqüentemente o consumo de oxigénio, actuam também nas paredes de vasos promovendo a vasodilatação e melhorando o fluxo coronário para áreas isquémicas.

**Inibidores da Enzima conversora da Angiotensina (iECA)** têm se mostrado benéfico na prevenção de óbito, enfarte e AVC em doentes com doenças arterioscleróticas prévias com comprometimento coronário. Também beneficiam os portadores de cardiopatia isquêmica na medida em que controlam a hipertensão arterial, e são essenciais no tratamento da insuficiência cardíaca. Três estudos multicêntricos conseguiram demonstrar os benefícios dos iECA na prevenção da mortalidade a curto prazo.

### 1.8.1 - Tratamento de reperfusão

É importante salientar que o tratamento do doente com EAM já instalado baseia-se na reperfusão cardíaca precoce e restabelecimento da vitalidade das artérias coronárias. Nesta etapa o tratamento é múltiplo e com abordagem farmacológica e cirúrgica. (ERIC J. TOPOL 2005)

Os **trombolíticos** devem ser usados precocemente, até 6 a 12 horas do início da sintomatologia, com cuidado para as contra-indicações absolutas: AVC hemorrágico prévio, neoplasia intracraniana conhecida, sangramento interno e suspeita de dissecação de aorta. Cuidado também para com os doentes de idade acima de 75 anos pelo aumento de risco de AVC.

Actualmente na prática clínica existem dois fármacos trombolíticos para uso de rotina, a **estreptoquinase e ativador tecidual de plasminogênio (t-PA)**.

Uma vantagem da estreptoquinase é o baixo custo. Deve-se evitar nova administração desse trombolítico por pelo menos 2 anos devido a chance de alergia, não se associa a heparina de rotina devido ao risco aumentado de sangramentos.

Os t-PA devem ser usados em infusão acelerada e combinada com heparinização plena, é o trombolítico mais eficaz para recanalização coronária precoce, obtém-se maior patência do vaso em curto período de tempo.

Outra abordagem no doente com EAM é a **Angioplastia Primária**, realizada entre 6 a 12 horas de início dos sintomas.

Essa terapêutica é uma alternativa ao tratamento com trombolíticos para reperfusão imediata do miocárdio isquêmico. A taxa de abertura da artéria ocluída é significativamente maior com a angioplastia primária do que com trombolítico. No entanto, a tradução dessa vantagem em benefício clínico não tem a mesma magnitude. Importantes estudos revelam que doentes tratados com angioplastia primária têm menos incidência de morte, reinfarte e doença cerebrovascular agudas aos 30 dias do enfarte, mas que em 6 meses a 1 ano essa vantagem desaparece.

Contudo, mesmo no pior quadro, a angioplastia primária é no mínimo equivalente à terapia trombolítica e pode ser indicada formalmente se o paciente tem contra-indicação a esta última.

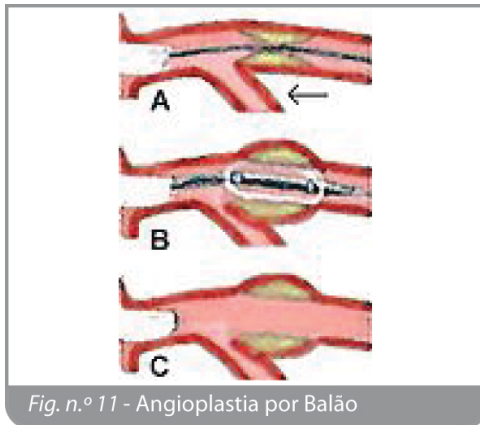


Fig. n.º 11 - Angioplastia por Balão



Fig. n.º 12 - Angioplastia

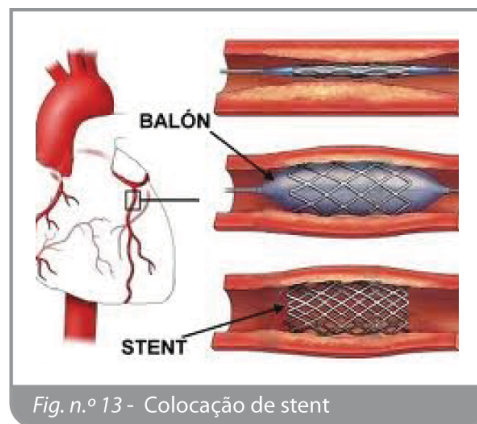
A vantagem da angioplastia em relação a terapia trombolítica é:

- Patência arterial precoce superior a 90%.
- Melhor manutenção de fluxo coronário pleno.
- Menor lesão de reperfusão.
- Melhora da função ventricular.
- Redução da mortalidade no choque cardiogénico.
- Redução das taxas de reoclusão, reinfarte e mortalidade hospitalar.
- Menores taxas de mortalidade, de eventos isquémicos e de insuficiência cardíaca em longo prazo.
- Menor risco de sangramento e AVC.

A angioplastia de salvamento é recomendada nos casos de insucesso do tratamento trombolítico, caracterizado principalmente como persistência do supradesnivelamento de ST e/ou da dor pré cordial.

O advento dos *stents* e o uso de potentes antiplaquetários têm contribuído para um sucesso ainda maior da angioplastia. Estudos comparativos demonstraram as vantagens

do tratamento angioplástico em relação ao trombolíticos, em se tratando de morte por reenfarte, proporcionando melhor conforto e estabilidade ao doente.



### 1.8.2 - Reperusão coronária

Tratamento que visa **recuperar a circulação** (reperusão) até 6 horas após a oclusão permitem o salvamento das células sob risco que ainda não necrosaram. Como o processo é contínuo, quanto mais precoce a intervenção, mais músculo é salvo no final do processo (BRUNNER/SUDDARTH 1993)

Por outro lado, a reperusão acelera a necrose daquelas células que apresentam lesões irreversíveis, porém não parece acrescentar riscos adicionais àquelas com lesões reversíveis.

A reperusão desestabiliza ainda mais o coração, mas as suas complicações são tratáveis em UCIC.

São riscos da reperusão:

- Lesão celular letal em células ainda viáveis.
- Lesão vascular pelo fenómeno de *no-reflow* e perda da reserva vasodilatadora.
- Miocárdio atordoado, que é uma prolongada disfunção contráctil pós-isquémica.
- Arritmia de reperusão, associada a sobrecarga de influxo de cálcio celular no tecido necrótico e à produção de radicais livres.

### 1.9 - Prognóstico

O prognóstico, ou seja, a previsão de evolução, será tanto mais favorável quanto menor a área de enfarte e mais precoce o seu tratamento.

## **1.10 - Prevenção**

A prevenção do EAM passa pela promoção da saúde e pela prevenção de doenças relacionadas como a apneia do sono, a arteriosclerose, a diabetes, a dislipidemia e a hipertensão arterial.

## **2 - ESTUDO DE CASO**

### **2.1 - Colheita de Dados**

#### **2.1.1 - Informação do Doente**

##### ***1. Dados de Identificação Pessoal***

- **Nome:** A.P.C.
- **Sexo:** masculino
- **Data de nascimento:** 07/01/1935
- **Idade:** 75 anos
- **Morada:** Almada
- **Estado civil:** Casado
- **Profissão actual:** Reformado
- **Profissão anterior:** Empresário
- **Pessoas significativas:** Esposa

##### ***2. Dados de Admissão***

- **Data de internamento:** 08-10-2010.
- **Hora de internamento:** 21:10.
- **Data de entrada no serviço:** 08-10-2010.
- **Hora de entrada no serviço:** 21:10.
- **Internamento através de:** Urgência.
- **Chegou de:** Maca.

##### ***3. Dados Clínicos***

Motivo de internamento: Doente de 75 anos de idade, que recorre ao SU por dor  
Diagnóstico médico: EAMcsst.

##### ***4. Exame Objectivo***

###### **4.1 Acção da Pessoa**

Acção do Doente: Prostrado; Sonolento.

###### **4.2 Parâmetros Vitais e Antropométricos**

Tensão arterial sistólica: 96.  
Tensão arterial diastólica: 69.  
Frequência cardíaca: 137.  
Saturação de oxigénio: 58.  
Dor: 2.

###### **4.3 Integridade Cutânea**

Alteração integridade cutânea: Não.

#### **4.4 Manobras Invasivas**

Manobras Invasivas: Sim.

Qual: Cateter venoso periférico.

#### **4.5 Alergias**

Desconhece.

### **5. *Medicação do domicílio***

Sim.

Qual: antihipertensor, não sabe o nome.

### **6. *Respiração***

Dispneia: Sim.

Tipo: Repouso.

### **7. *Eliminação***

Alteração da eliminação: Não.

### **8. *Auto-cuidado***

Dependente: Sim.

Em Grau: Dependente, em grau elevado

#### **8.1 Higiene**

Dependente: Sim.

Em Grau: Dependente, em grau elevado

#### **8.2 Comer e Beber**

Dependente: Sim.

Em Grau: Dependente, em grau elevado

#### **8.3 Ir ao Sanitário**

Dependente: Sim.

Em Grau: Dependente, em grau elevado

## **9. Observações Gerais**

Observações: Doente hemodinamicamente instável, pelo que a colheita de dados não está completa.

### **2.1.2 - Diagnósticos de Enfermagem**

- Autocuidado Higiene, Não Dependente
- Autocuidado Ir ao Sanitário, Não dependente
- Autocuidado Beber e Comer, Não Dependente
- Nutrição, Alterada
- Dispneia, Sim
- Hipoxia, Sim
- Hipotermia, Sim
- Eliminação Urinária, Alterada
- Dor, Sim
- Consciência, Alterada - Sonolência

### **2.1.3 - Intervenções de Enfermagem**

- Apoiar Emocionalmente a Pessoa
- Dar Banho
- Executar Colheita de Produtos para Análises
- Gerir Oxigenoterapia
- Inserir Cateter Venoso Periférico
- Monitorizar Sinais Vitais
- Monitorizar Escala de Braden
- Optimizar Cateter Venoso Periférico
- Registrar a Realização de Exames
- Vigiar Acção da Pessoa
- Vigiar Eliminação Intestinal
- Vigiar Eliminação Urinária
- Vigiar Permeabilidade das Vias Aéreas
- Vigiar Refeição
- Vigiar Respiração
- Vigiar Ritmo Cardíaco
- Vigiar Sono
- Vigiar Penso do local da Punção de Cateterismos Cardíaco
- Vigiar Penso

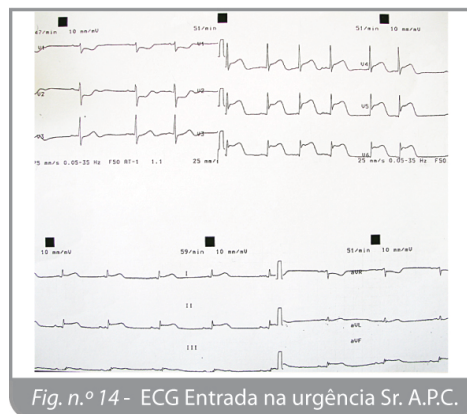
## 2.2 - Apresentação Clínica

O Sr. A.P.C. doente de 75 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, recorre ao Serviço de Urgência do Hospital de São Teotónio de Viseu – E.P.E. no dia 08/10/2010 pelas 18:43h, por um quadro clínico com 4 horas de evolução, caracterizado por dor pré-cordial, náuseas e vómitos.

Pela manutenção da dor e agravamento da sua intensidade recorre, primeiro, ao Serviço de Urgência de S. Pedro do Sul pelas 16:14, pela suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) contactou a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) tendo sido transportado ao HSTV.

Na admissão na sala de emergência o doente encontrava-se hipotenso PA 90 / 67 mm Hg, bradicárdico 50 bpm, extrasístolia supraventricular e ventricular frequente.

Electrocardiograma (ECG) revelou ritmo sinusal de 50 bpm, com corrente lesão infra lateral, com supra St (csst), D2, D3 e AVF; V<sub>5</sub> e V<sub>6</sub>.



Parâmetro diagnosticado EAMCSST infro lateral Killip IV.

Prescrito e administrado protocolo habitual:

Aspirina 300mg, Clopidogrel 600mg, enoxeparina 80mg e fluidoterapia por hipotensão.

Contactada equipa da hemodinâmica com o objectivo de efectuar Angioplastia Primária (AP).

Efectuado cateterismo cardíaco esquerdo, coronariografia e angioplastia da circunflexa (CX) e segunda obtusa marginal.

No início da intervenção desencadeia um quadro de choque cardiogénico, acompanhado de dispneia que evoluiu para Edema Agudo de Pulmão (EAP) e Traquiarritmia por Fibrilhação Auricular (FA), (à entrada com ritmo sinusal). Iniciou perfusão de Dopamina e Fluidoterapia.

Solicitada observação do Pneumologista para instituição de ventilação não invasiva (VNI) com BIPAP por não haver disponível CPAP com PAP =20, EPAP =11, FR =16, TI =1.2 com O<sub>2</sub> suplementar para SPO<sub>2</sub> > 90%.

Doente bem adaptado, interface sem fugas.

Gasometria arterial indica acidose respiratória com hipoxemia grave.

O cateterismo revelou doença coronária dos três vasos com lesão “culpada” na Circunflexa (ocluída com trombo).

Aspiração do mesmo com recanalização imediata do vaso e Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (ACTP) com stent metálico.

Durante o procedimento fez vários episódios de RIVA (ritmo ideoventricular acelerado) por se manter hemodinamicamente instável (PAs < 80 mm Hg).

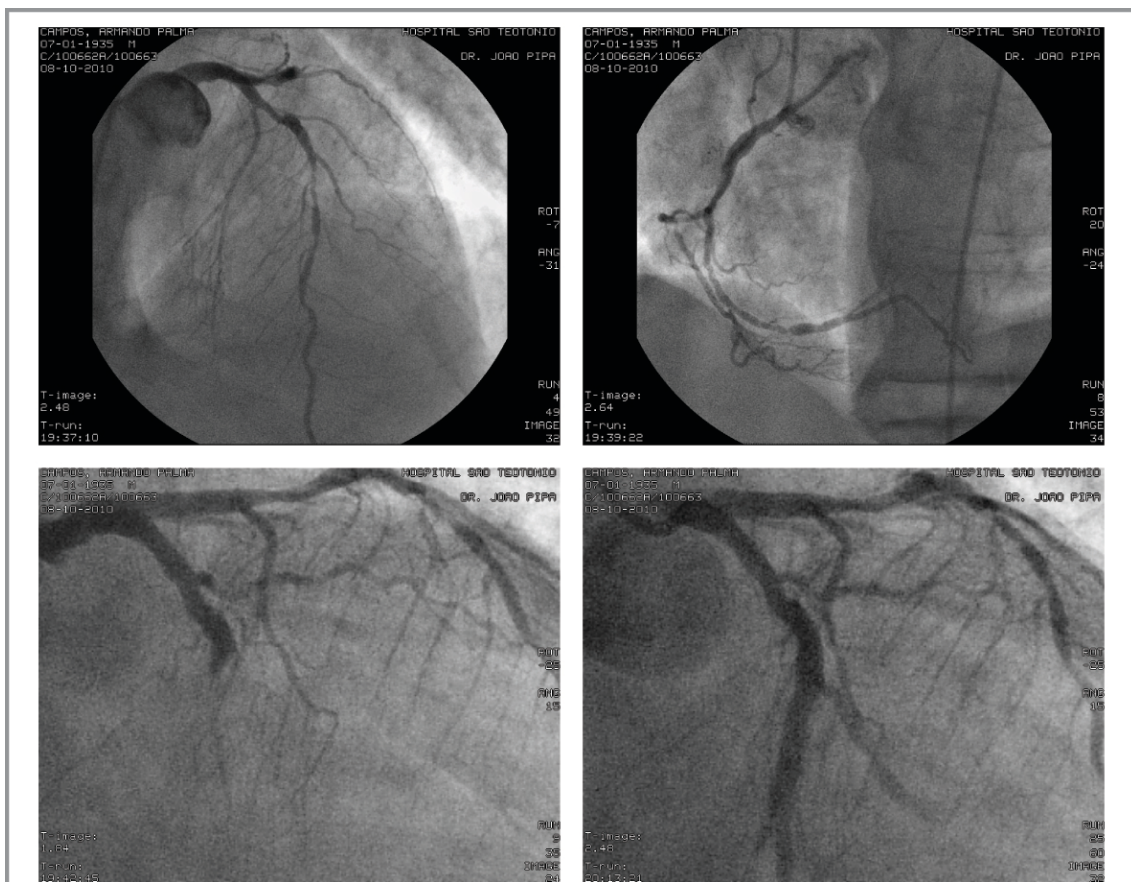
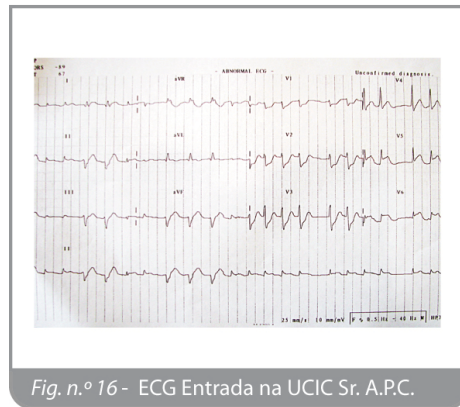


Fig. n.º 15 - Angioplastia do Sr. A.P.C.

Perante este quadro a intervenção nos restantes vasos foi adiada para intervenção posterior.

À admissão na UCIC (20h45) constatou-se pelo ECG Taquiarritmia com FA com frequência cardíaca (FC) de 140 bpm tendo iniciado Amiodarona I.V.



Pelas 21h o doente encontrava-se hemodinamicamente estável com PA 97 / 68 mm Hg, SPO<sub>2</sub> 85 % com bipap, FA com resposta de 100 bpm., mantendo perfusão de Tirofiban.

Conversão a ritmo sinusal pela 01 hora de 09/10/2010, assintomático, SPO<sub>2</sub>> 90% com BIPAP e PA 95/66 mm Hg.

Pelas 9:45h encontrava-se assintomático, SPO<sub>2</sub> =99% com máscara de venturi a 15 l/ min, PA 96/65mm Hg, balanço hídrico negativo, ritmo sinusal, frequência cardíaca de 92 bpm.

Por volta das 23h, ritmo de fibrilhação auricular com frequências ventriculares entre 118 e 125 bpm. Inicia Amiodarona.

No dia 10/10 o Sr.A.P.C. encontrava-se sem queixas, calmo e colaborante, SPO<sub>2</sub> 87% sem O<sub>2</sub>, PA =100/60 mm Hg, FC =100 bpm, sem edemas periféricos, local da punção sem hematoma e balanço hídrico negativo. Como se encontrava hemodinamicamente mais estável, foi reduzida a dopamina e a amiodarona.

No dia 11/10 doente encontra-se hemodinamicamente estável com PA =101/74 mm Hg, FC =110bpm, SPO<sub>2</sub> 95% ao ar ambiente e assintomático.

No dia 12/10 mantém o mesmo estado clínico. Suspendida dopamina e amiodarona.

No dia 13/10 encontra-se hemodinamicamente estável com PA =100/66 mm Hg, FC =100bpm, SPO<sub>2</sub> 98% ao ar ambiente, assintomático, balanços hídricos negativos e mantém ritmo de fibrilhação auricular.

Ao 6 dia de internamento e após estabilização clínica e recuperação do choque cardiogénico foi proposto para novo cateterismo. Contudo após discussão médica do caso e de acordo com Guidelines internacionais como o “Estudo Syntax”, pela doença coronária dos três vasos, o doente foi proposto para cirurgia de revascularização miocárdica.

Transferido ao 8 dia de internamento para o hospital da sua área de residência onde aguardará cirurgia (Hospital Garcia da Horta).

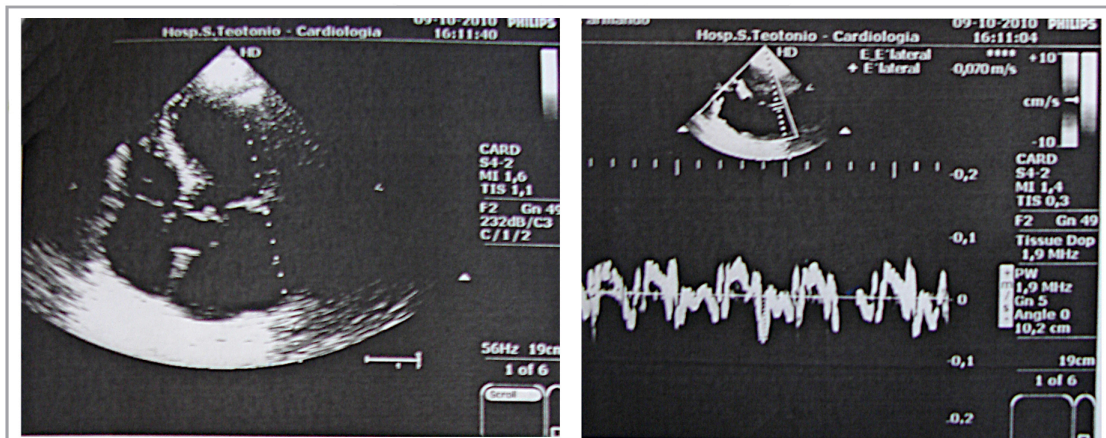


Fig. n.º 17- Ecocardiograma do Sr. A.P.C.

### 2.3 - Terapêutica medicamentosa durante o internamento

<i>Nome genérico</i>	<i>Grupo farmacológico</i>	<i>Ação esperada</i>	<i>Efeitos observados</i>
<b>Ácido Acetilsalicílico (100mg / comp)</b>	Anti-inflamatório. Antipirético. Analgésico. Antiagregante Plaquetário pela via do tromboxano.	Inibidor inespecífico da enzima ciclooxigenase (COX). Inibição da formação de prostaglandina . Inibição da produção de prostanoídes. Inibição da agregação plaquetária. Prevenção formação de trombos.	Maior fluidez sanguínea. Inibição da agregação plaquetária. Prolongar o tempo de sangramento Recuperação da hemostasia normal, após a interrupção do tratamento, depende da produção de novas plaquetas funcionastes (7 a 10 dias).

<p><b>Clopidogrel (75mg comp)</b></p>	<p>Antiagregante Plaquetário irreversível do receptor de ADP</p>	<p>Evita a formação de trombos arteriais. Antagonista do receptor de ADP que inibe a agregação plaquetária.</p>	<p>Maior fluidez sanguínea. Efeito inicia-se após 8 horas, inibição irreversível dura 7-10 dias. Estudo [CURE] demonstrou redução de risco aterotrombótico a partir da segunda hora da administração.</p>
<p><b>Tirofibano (12.5mg / inj)</b></p>	<p>Antiagregante Plaquetário. Inibidor do receptor da glicoproteína IIbIIIa via final da cascata da coagulação Anti- trombótico.</p>	<p>Inibição da função plaquetária. Prevenção formação de trombos arteriais.</p>	<p>Maior fluidez sanguínea. Início rápido e curta duração de acção. Parâmetros de coagulação normal em 4 a 8 horas depois que a droga seja retirada.</p>
<p><b>Enoxaparina sódica (40mg / inj)</b></p>	<p>Anticoagulantes e antitrombóticos heparina de baixo peso molecular.</p>	<p>Prevenção formação de trombos arteriais e venosos.</p>	<p>Maior fluidez sanguínea. A actividade plasmática anti-Xa máxima é atingida em média ao fim de 3 a 5 horas.</p>
<p><b>Sinvastatina (20mg / comp)</b></p>	<p>Estabilizador de placa de aterosclerose. Antidislipidémicos. Redutor do colesterol.</p>	<p>Redução da concentração do colesterol.</p>	<p>Concentração normal de C-LDL Valor de colesterol 100mgdl Redução da mortalidade e morbidade.</p>

<p><b>Espironolactona (25mg / comp)</b></p>	<p>Diurético antagonista da aldosterona poupador de potássio.</p>	<p>Tratar ou prevenir hipocalemia. Tratamento da retenção de fluidos. Diminuição da pré carga. Antiandrógeno.</p>	<p>Diminuição do edema. Diminuição da pressão arterial. Diminuição da mortalidade.</p>
<p><b>Furosemida (40mg / comp)</b></p>	<p>Diurético de ansa de Henle. Inibição do transportador Na-K-2Cl.</p>	<p>Remoção de edema causado por problemas cardíacos, hepáticos ou renais. Aumento do débito urinário.</p>	<p>Correcção da hipercalemia. Correcção da hipertensão arterial. Aumento gradual do débito urinário. Diminuição do edema.</p>
<p><b>Digoxina (0.25mg / comp)</b></p>	<p>Digitálico. Glicosídeo cardiotónico. Antiarritmico.</p>	<p>Efeito inotrópico positivo. Aumenta a força de contracção cardíaca. Controlo da frequência cardíaca.</p>	<p>Aumenta a quantidade de sódio no cardiomiócito. Frequência cardíaca entre 60 e 100bpm.</p>

<p><b>Amiodarona (200mg / inj)</b></p>	<p>Antiarritmico da classe III.</p>	<p>Controlo da frequência cardíaca. Tratamento das Arritmias cardíacas.</p>	<p>Aumentando o débito coronário por vasodilatação. Prolonga o intervalo QRS no electrocardiograma. Prolonga o potencial de acção. Diminui a frequência cardíaca. Aumenta a irrigação pelos vasos coronários. É antagonista fraco dos receptores adrenérgicos (sistema simpático) alfa, produzindo vasodilatação. Frequência cardíaca entre 60 e 100bpm</p>
<p><b>Dopamina (200mg / inj)</b></p>	<p>Catecolamina neurotransmissor, precursor natural da adrenalina e da noradrenalina</p>	<p>Estimula os receptores adrenérgicos do sistema nervoso simpático e os receptores dopaminérgicos. Aumenta a contractilidade do músculo cardíaco. Vasopressora. Efeito inotrópico positivo no miocárdio. Aumento da resistência periférica e vasoconstricção renal.</p>	<p>Pressão arterial média entre 60 e 80mmHg. Estabilidade hemodinamicamente. Vasodilatação mesentérica e renal. Aumento do fluxo sanguíneo renal, da taxa de filtração glomerular, da excreção de sódio e geralmente do volume urinário.</p>

<p><b>Ranitidina (300mg / comp)</b></p>	<p>Anti-histaminico. Antagonista do receptor H<sub>2</sub>.</p>	<p>Age antagonizando a ação da histamina. Inibe a secreção basal de ácido gástrico. Acção bactericida contra o <i>Helicobacter pylori</i>. Acção protectora da mucosa. Prevenção de hemorragia digestiva e úlcera de stress.</p>	<p>Ausência de hemorragia digestiva e úlcera de stress. Reduz tanto o volume quanto o conteúdo de ácido e de pepsina da secreção.</p>
<p><b>Bromazepan (1.5mg / comp)</b></p>	<p>Ansiolítico. Hipnótico. Relaxante neuro-músculo-esquelético. Sedativo. Benzodiazepínico.</p>	<p>Controlo da ansiedade.</p>	<p>Estabilidade hemodinamicamente. Depressor do Sistema Nervoso Central (SNC).</p>
<p><b>Haloperidol (5mg / inj)</b></p>	<p>Sedativo. Neuroléptico.</p>	<p>Bloqueio selectivo do sistema nervoso central. Bloqueador do receptor D<sub>2</sub> da dopamina. Controlo da ansiedade.</p>	<p>Estabilidade hemodinamicamente. Efeitos motores extrapiramidais.</p>
<p><b>Paracetamol (1000mg / inj)</b></p>	<p>Analgésico não opiáceo, antipirético</p>	<p>Analgesia e apirexia. Inibição da síntese das prostaglandinas.</p>	<p>Ausencia de dor. Apirético.</p>
<p><b>Cloreto de Sódio 0.9% (inj)</b></p>	<p>Solução isotónica de electrólitos e sais minerais.</p>	<p>Manutenção da homeostasia.</p>	<p>Normonatremia (140mEq/l)</p>

<b>Lactato de Ringer</b>	Solução cristalóide de electrólitos e sais minerais.	Tratamento da desidratação. Tratamento da Hipovolémia. Tratamento da Acidose metabólica.	Normotenso. Equilíbrio hemodinamico.
--------------------------	--	--	---

## 2.4 - Plano de Cuidados (linguagem CIPE® versão 1)

7 EIXOS PROCESSO ENFERMAGEM	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUÍZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSO	TEMPO
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM			- Dor	- Risco	- Peito		
INTERVENÇÕES ENFERMAGEM	- Monitorizar - Vigiar	- Adulto - Adulto	- Dor - Dor			- Dispositivos de avaliação - Enfermeiro	
RESULTADOS ESPERADOS		- Adulto	- Dor	- Melhorado			

**Diagnóstico:** Risco de dor no peito.

**Intervenções:** Monitorizar dor no adulto com dispositivo de avaliação.  
Vigiar dor no adulto pelo enfermeiro.

**Resultados Esperados:** Melhora da dor no adulto ( ausência).

7 EIXOS	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUÍZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSO	TEMPO
PROCESSO ENFERMAGEM							
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM		- Adulto	- Hipoxia	- Actual			
INTERVENÇÕES ENFERMAGEM	- Monitorizar - Gerir - vigiar - Administrar	- Adulto - Adulto - Adulto - Adulto	- Sinal Vital - SPO2 - FR - Ritmo respiratório			- Dispositivos de Avaliação - Oxigenoterapia - Enfermeiro - Oxigenoterapia	
RESULTADOS ESPERADOS			- Hipoxia	- Melhorada			

**Diagnóstico:** Hipoxia actual no adulto

**Intervenções:** Monitorizar sinais vitais no adulto usando dispositivos de avaliação  
Vigiar Hipoxia no adulto pelo enfermeiro

**Resultado Esperado:** Melhoria da Hipoxia no adulto

7 EIXOS PROCESSO ENFERMAGEM	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUÍZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSO	TEMPO
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM		- Adulto	- Arritmia	- Actual			
INTERVENÇÕES ENFERMAGEM	- Vigiar - Vigiar	- Adulto - Adulto	- Ritmo Cardíaco - Sinais Vitais			- Monitor Cardíaco - Dispositivo de Avaliação	
RESULTADOS ESPERADOS		- Adulto	- Ritmo Cardíaco	- Melhorado			

**Diagnóstico:** Arritmia actual no Adulto

**Intervenções:** Vigiar ritmo cardíaco no Adulto usando Monitor cardíaco  
Vigiar sinais vitais no Adulto usando Dispositivo de Avaliação

**Resultado Esperado:** Ritmo cardíaco melhorado

7 EIXOS	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUÍZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSO	TEMPO
PROCESSO ENFERMAGEM							
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM		- Adulto	- Autocuidado	- Dependente			
INTERVENÇÕES ENFERMAGEM	- Cuidar da Higiene - Posicionar - Ensinar Instruir Treinar	- Adulto - Adulto - Adulto	- Autocuidado			- Dispositivos de Higiene - Enfermeiro - Enfermeiro	
RESULTADOS ESPERADOS		- Adulto	- Autocuidado	- Independente			

**Diagnóstico:** Autocuidado dependente no Adulto

**Intervenções:** Cuidar da higiene no Adulto através de dispositivos de higiene  
 Posicionar o Adulto pelo enfermeiro  
 Ensinar/instruir/treinar o Adulto pelo enfermeiro

**Resultado Esperado:** Autocuidado independente no Adulto

## 2.5 - Reflexão

Após exposição da situação de saúde do Sr. A.P.M.C, faz todo o sentido que se reflecta sobre os factores que potenciaram o desenvolvimento do EAM, bem como sobre todos os procedimentos e atitudes terapêuticas realizadas.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem cerca de 160 mil mortes por acidentes cardiovasculares por ano em Portugal, sendo que 50 mil desses casos são EAM. Estudos epidemiológicos evidenciam que doença cardíaca isquémica é muito mais elevada pela manhã e no período após o despertar entre 8 e 12 horas. Cerca de 40 a 60% dos doentes com EAM apresentam hipertensão associada.

A maior parte dos casos de **Enfarte Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST (EAMCST)** como é o caso do Sr. A.P.C. é causada pela oclusão de uma artéria coronária, podendo a lesão miocárdica irreversível inicia-se tão cedo como 15 a 30 minutos após o início de isquemia severa. Assim se compreende que tempo é miocárdio e que o tratamento adequado do EAMCST passe inevitavelmente pelo restabelecimento precoce da patência da artéria obstruída.

De acordo com o conhecimento actual, o restabelecimento da perfusão miocárdica está indicado em todos os doentes com EAMCST que se apresentem nas primeiras 12h após o início dos sintomas e também naqueles que se apresentem após este período ainda com sintomas ou electrocardiograma sugestivos de isquemia em curso. Os métodos de reperfusão disponíveis são a **fibrinólise** e a **intervenção coronária percutânea (ICP)**. O benefício da fibrinólise está bem estabelecido, condicionando um decréscimo máximo de mortalidade quando utilizada nas primeiras 2h após início dos sintomas, altura em que a sua eficácia é sobreponível à da ICP.

A ICP primária, definida como a angioplastia e/ou colocação de stent sem terapêutica fibrinolítica prévia ou concomitante, é a opção terapêutica preferida quando realizada por uma equipa experiente, dada a sua eficácia na obtenção e manutenção da patência da artéria obstruída sem os riscos hemorrágicos da fibrinólise.

Em geral, na comparação entre ICP e fibrinólise intra-hospitalar, verifica-se que a ICP é mais eficaz na obtenção da patência coronária, com menor taxa de reoclusão, melhor função ventricular esquerda residual e melhor outcome clínico. A disponibilidade permanente de uma equipa de Hemodinâmica é por isso fundamental no correcto tratamento do EAMCST.

Para que o tratamento óptimo esteja disponível a todos é necessária uma rede de referenciação entre os hospitais com níveis distintos de tecnologia e meios humanos. A sua implementação passa pelo conhecimento e clara definição da área geográfica de interesse, protocolos partilhados e meios de transporte devidamente equipados.

A estratégia de abordagem dos doentes com EAMCST baseia-se, portanto, em protocolos bem definidos, estreita comunicação entre as Unidades Hospitalares e na participação de uma equipa de Hemodinâmica disponível 24 horas por dia, 7 dias por

semana. Isto permite que, estes doentes tenham acesso em tempo útil à ICP com consequente melhoria do seu prognóstico e qualidade de vida e minimização do risco hemorrágico.

Poderá afirmar-se que o Sr. A.P.C. foi um doente privilegiado na medida em que foi submetido a ACTP primária: Cateterismos esquerdo, coronariografia, angioplastia da circunflexa e segunda obtusa marginal com colocação de stent em tempo útil, perante o quadro de EAM que apresentava, recorrendo-se à tecnologia de ponta recomendada para estes casos.

Perante o seu quadro clínico do momento que se caracterizava por choque cardiogénico e edema agudo do pulmão, a intervenção de enfermagem foi muito específica recorrendo-se, para além dos fármacos, ao alívio da dor, ao apoio emocional do doente, à constante monitorização e vigilância dos sinais vitais e claro estabelecendo sempre uma comunicação eficaz com o doente transmitindo o que ia decorrendo, diminuindo assim a possível ansiedade e angústia associada a toda a sua situação clínica.

Devo realçar o alívio da dor por ser um importante factor de stress para os doentes com EAM, como tal a sua adequada avaliação e detecção são prioritárias, permitindo elevada qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico.

Após uma correcta avaliação do doente com alterações ou potenciais alterações, o enfermeiro da UCIC é já capaz de planear quais as intervenções mais adequadas para a reabilitação do doente em questões.

A reabilitação é uma das partes mais importantes do tratamento, esta deve ter início em fases precoces, nos primeiros dias após o EAM, ainda no hospital e deve ter continuidade numa instituição especializada em reabilitação de doentes com doenças cardíacas.

O objectivo fundamental do programa de reabilitação é ajudar o doente a adoptar-se às suas limitações, favorecer a sua recuperação, assim como promover a sua integração familiar, social e profissional. Apesar de que a execução de várias tarefas para o doente torna a prática do enfermeiro mais fácil e rápida, este deve ser encorajado a realizar actividades que não causam frustrações.

Durante tais actividades o doente não deve ser apressado e deve-se procurar promover a sensação de realização por parte do doente e devem ser tentadas novas experiências de aprendizagem somente se o doente estiver preparado.

A independência e bem-estar no dia adia são um dos maiores contributos para a redução dos sentimentos de impotência do doente. O enfermeiro deverá ensinar o doente a alterar os seus hábitos de vida.

É preponderante que a equipa de enfermagem procure compreender as necessidades e os sentimentos dos doentes oferecendo oportunidades de comunicação. A atitude do enfermeiro geralmente reflecte-se no desempenho que o doente realiza, assim, se o enfermeiro se apresenta calmo e tranquilizado, que reconhece as pequenas conquistas e proporciona o encorajamento constante, estimula o doente e progredir continuamente.

No momento da colheita de dados do Sr.º A.P.C, identificou-se como único factor de risco de doença coronária a hipertensão arterial. No entanto na admissão na UCIC apresentava-se hemodinamicamente instável com necessidade de recurso a amins.

Foi cumprido o protocolo de administração de antiagregantes plaquetários, com respectiva monitorização e vigilância dos sinais vitais e despiste de complicações como a hemorragia.

Foi levantado o diagnóstico de Dor SIM, no entanto são muito escassos os registos de avaliação deste sinal vital, sendo aconselhado o levantamento de risco de dor, visto não haver nenhum registo/evidência de que o doente tenha referido qualquer dor.

Assiná-lo o risco de dor visto estar associado à patologia de EAM.

Havendo evidencia de dor deveriam ser acrescentas intervenções direccionadas ao alívio da mesma.

Desde o dia 8 até ao dia 11 de Novembro o doente necessitou de oxigénio sendo retirado no dia 12 do mesmo mês e manteve-se eupneico até ao momento da alta clínica.

No dia 8 existe evidência de respiração mista polipneica e dispneia, a partir do dia 12 respiração sem alterações.

Durante o internamento o doente foi alternando ritmo cardíaco de fibrilhação auricular com taquicardia supra ventricular. Diagnóstico activo até a alta clínica, necessitando de continuidade de cuidados de vigilância.

No final do internamento o doente era independente ao nível do seu auto-cuidado.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2006), a **reabilitação cardíaca** é um programa multidisciplinar, que envolve médicos cardiologistas e clínicos gerais, enfermeiros, nutricionista e fisioterapeutas e tem como objectivo a reabilitação de doente cardíaco, inclusive pós EAM. A prescrição de exercícios deve ser feita por profissional especializado, como o fisioterapeuta.

Fletcher, et al (2001), afirma que a reabilitação cardíaca pode ser definida como uma soma de intervenções que asseguram a melhora das condições físicas, psicológicas e sociais daqueles doentes com doenças cardiovasculares pós-aguda e crónica, podendo, por seus próprios esforços, preservar e recuperar as funções na sociedade e, através de um comportamento saudável, minimizar ou reverter a progressão da doença.

A reabilitação reduz as taxas de mortalidade cardíaca, diminuindo a ocorrência de outros eventos coronários tais como a revascularização miocárdica e a taxa de reinfarte, que melhora a qualidade de vida do doente (RICARDO; ARAÚJO, 2006).

O doente inicia a reabilitação cardíaca de acordo com sua evolução definida pela classificação de Killip-Kimball. Trata-se de uma classificação de gravidade baseada em evidências da presença de insuficiência cardíaca ou choque cardiogénico (DIAS; MATTA; NUNES, 2006).

A reabilitação de doentes que sofreram de EAM é dividida em quatro fases, que são:

**Fase I** – Hospitalar, inicia-se após o doente ter sido considerado estável clinicamente, como decorrência da otimização do tratamento clínico e/ou utilização de procedimento intervencionista (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2006). O tratamento na fase hospitalar baseia-se em procedimentos simples, como exercícios metabólicos de extremidades, para aumentar a circulação, exercícios respiratórios para eliminar obstruções respiratórias e manter os pulmões limpos, exercícios activos para manter a amplitude de movimento e elasticidade mecânica dos músculos envolvidos, treino de marcha em superfície plana e com degraus, reduzindo os efeitos prejudiciais do repouso prolongado no leito, com isso aumenta a autoconfiança do paciente e diminui o custo e a permanência hospitalar (TITOTO et al, 2005; GONÇALVES et. al, 2006).

Nesta fase são de grande importância os cuidados de enfermagem que são prestados ao doente do fórum cardíaco.

O Sr.º A.P.C. como efectuou ACTP manteve repouso de cerca de 12 horas, seguindo a recomendação protocolada no serviço. Durante este período de tempo foram-lhe prestados todos os cuidados necessários no leito indo de encontro à sua dependência em grau elevado.

Com a evolução favorável do seu quadro clínico foi sendo incentivado a participar no seu auto cuidado, com o objectivo de se tornar mais independente, esclarecido da sua condição de saúde e apoiado emocionalmente de acordo com a sua necessidade e compreensão.

**Fase II e III** – Ambulatório, é a primeira etapa extra-hospitalar, inicia-se imediatamente após a alta e/ou alguns dias após um evento cardiovascular ou descompensação clínica. Tem duração prevista de 3 a 6 meses, podendo em algumas situações se estender por mais tempo. Esta fase tem como objectivo melhorar a função cardiovascular, a capacidade física de trabalho, e posterior recuperação das actividades diárias (ANTÔNIO et al, 2006).

É nesta fase que entra o papel fundamental da família, como prestadores informais de cuidados fornecendo a infra-estrutura necessária para o amplo restabelecimento do doente, da seguinte forma: administrando ou super-visionando correctamente as medicações prescritas, promovendo o comparecimento às consultas, fornecendo um ambiente de tranquilidade compreensão, motivar o doente, estimular o regresso à sua actividade profissional, actividade de lazer ou outra actividade, indicar uma dieta equilibrada, redução de sal e gordura, refeições leves rica em fibras e líquidos, para evitar a desidratação e conseqüente obstipação.

Durante o internamento e sempre que oportuno foram realizados ensinamentos para a saúde ao Sr.º A.P.C. relacionados com a sua patologia, indo de encontro à modificação dos hábitos de vida menos saudáveis e esclarecimento de dúvidas colocadas.

**Fase IV** – Não supervisionada, é um programa de longo prazo, de duração indefinida e muito variável. As actividades não são necessariamente supervisionadas, devendo ser

adequadas à disponibilidade de tempo para a manutenção do programa de exercícios físicos e às preferências dos doentes em relação às actividades desportivas recreativas. Tem como objectivo principal exercitar doentes sob supervisão indirecta, estendendo a prática de exercícios a um maior número de doentes.

Conclui-se que a reabilitação cardíaca é imprescindível para doentes que sofreram de EAM e, a fisioterapia actua nos pós EAM por meio da prescrição dos exercícios físicos realizados tanto na fase hospitalar, como na fase ambulatória. Promove a recuperação global do doente, melhora a qualidade de vida e minimiza a possibilidade de recidiva do EAM.

A grande ilusão, da maioria das pessoas, é pensar que estando medicada, está protegida. Na verdade, o melhor remédio é a prática de actividades físicas, alimentação saudável e mudança do estilo de vida. Os doentes do grupo de risco, como o senhor do caso clínico desenvolvido, deve ter um acompanhamento multidisciplinar, com enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, professor de educação física, além da equipe médica. Formar esta equipe, falando a mesma linguagem e incorpora-la no dia-a-dia dos serviços médicos são o grande desafio.

A **terapêutica** recomendada, pós alta, para o Srº A.P.C. engloba antiplaquetários, iECAS, beta bloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio e estatina. Foram transmitidas orientações precisas relativamente à importância de cumprir o programa terapêutico, e respectivos benefícios que daí advêm.

Os **antiplaquetários** têm benefício comprovado quanto à utilização no EAM com elevação de segmento ST. Considerando-se a eficácia e a segurança, como também a relação custo-efectividade, os antiplaquetários, particularmente o ácido acetilsalicílico, estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo.

Dentro dos antiplaquetários podemos destacar os de acção por inibição da ciclooxigenase no metabolismo do ácido aracdónico, os derivados tienopiridínico e os antagonistas dos receptores glicoprotéicos IIb-IIIa.

As plaquetas têm reconhecido papel tanto no aparecimento de quadros agudos de isquemia como também na própria progressão da doença.

Estudos randomizados, dentre os quais se destaca o ISIS-2, dão-nos evidências consistentes dos benefícios da aspirina na fase aguda do EAM, isoladamente ou em associação com fibrinolítico, e que se estendem ao acompanhamento a longo prazo. Metanálises desses estudos confirmam sobejamente essa observação.

O consenso actual é que, excepto em doentes com clara contra-indicação, a **aspirina** deve ser administrada a todos os doentes com EAM, precocemente, e continuada indefinidamente.

**Inibidores da Enzima conversora da Angiotensina (iECA)** têm se mostrado benéfico na redução da morbimortalidade cardiovascular tanto no EAM como no AVC e em doentes com doenças ateroscleróticas prévias com comprometimento coronário. Também beneficiam os portadores de cardiopatia isquémica na medida em que controlam a hipertensão arterial, e são essenciais no tratamento da insuficiência

cardíaca. Três estudos multicêntricos conseguiram demonstrar os benefícios dos iECA na prevenção da mortalidade a curto prazo.

Existem fortes evidências de que os iECA são benéficos para os pacientes que sofreram EAM. Essas drogas interferem favoravelmente com a remodelação ventricular, contribuindo para menor dilatação cardíaca; com isso evitam ou atenuam o desenvolvimento de insuficiência cardíaca e os seus benefícios manifestam-se pela diminuição da mortalidade como um todo.

Os **Beta bloqueadores** diminuem o consumo de oxigénio pelo miocárdio, controlando a frequência cardíaca e a pressão arterial, reduzindo a contractilidade.

Numa meta-análise, demonstrou-se, com fortes evidências, que os beta bloqueadores reduzem a morbidade e a mortalidade após o enfarto, mesmo nos doentes submetidos a trombólise e que usavam inibidores da enzima conversora da angiotensina em associação.

Os beta bloqueadores são fármacos que reduzem a frequência cardíaca, a pressão arterial e o inotropismo, actuando sinergicamente na diminuição do consumo de oxigénio no miocárdio. Ao lado dessas acções, promove melhoria da perfusão miocárdica. Essas acções são responsáveis por reduzir a taxa de rotura cardíaca, limitar o tamanho do EAM e melhorar a função cardíaca e diminuir a mortalidade precoce e tardia. As acções antiarrítmicas dos beta bloqueadores são importantes na fase aguda do EAM.

É consensual no momento a utilização de beta bloqueadora em todos os doentes enfartados, e por tempo indeterminado, excepto nos casos de contra-indicação.

Os **antagonistas dos canais de cálcio** constituem um grupo de drogas de estrutura química heterogénea, que agem primariamente nos canais de cálcio tipo-L da membrana celular. Os antagonistas disponíveis para uso clínico classificam-se em três grupos: derivados da diidropiridina (nifedipina, nicardipina, nimodipina, nitrendipina, nisoldipina, amlodipina, isradipina e felodipina); derivado da fenilalquilamina (verapamil) e derivado da benzotiazepina (diltiazem).

Antagonistas dos canais de cálcio actuam bloqueando a entrada de cálcio nas fibras miocárdicas, reduzindo a contractilidade e, conseqüentemente o consumo de oxigénio, actuam também nas paredes de vasos promovendo a vasodilatação e melhorando o fluxo coronário para áreas isquémica.

A NICE recomenda a **estatina** na prevenção secundária de eventos cardiovasculares e na prevenção primária em adultos com risco de desenvolver doença a 10 anos igual ou superior a 20%.

Provoca diminuição na síntese das VLDL. O resultado é uma diminuição nos níveis séricos de LDL colesterol (20 a 40%), seguida dos níveis de triglicéridos (20 a 30%) e aumento do nível de HDL colesterol (8 a 11%).

### **3 - Conclusões**

Aumento da capacidade funcional, redução de sintomas, benefício psicológico, auxílio no controle de factores de risco, retorno mais precoce ao trabalho e aumento da sobrevivência justificam o emprego sistemático da reabilitação no tratamento do EAM, em todas as fases, considerando sua excelente relação custo/efectividade.

A orientação fundamental a ser dada pelo cardiologista ao doente é de que a reabilitação após o enfarte não se limita a programas formais e sofisticados, mas à mudança do estilo de vida, abrangente em relação aos factores de risco controláveis, e à marcada convivência com movimentos de qualquer espécie em relação às actividades quotidianas.

#### 4- Referências Bibliográficas

ANTÔNIO, S. **Fase II da intervenção fisioterapêutica após Enfarto agudo do miocárdio**. Revisão bibliográfica. Faculdade Assis Gurgacz. Cascavel, 2006.

BRUNNER / SUDDARTH – **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica** – 7ª edição. Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, cop.1993 p.545

DIAS, A. T.; MATTA, P. O.; NUNES, W. A.. **Índices de gravidade em unidade de terapia intensiva adulto: avaliação clínica e trabalho da enfermagem**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v.18, n.3, p. 279- 281, Jul.- Set. 2006.

FLETCHER, G. F.; et al. **Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association**. Circulation 2001. 1694-740.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á.; PIEGAS, L. S. **Epidemiologia do Enfarto Agudo do Miocárdio**. Volume 16. Num. 1. Jan/Fev/Mar de 2006. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Internet. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/6550198/Epidemiologia-Do-Iam>. Acesso em: 26/04/2010.

REGENGA, M.M. **Fisioterapia em Cardiologia: da UTI a reabilitação**. 1.ed., SãoPaulo,Rocca, 2000,256p.

RICARDO, D. R.; ARAÚJO, C. G. S. de. **Reabilitação cardíaca com ênfase no exercício: uma revisão sistemática**. Rev Bras Med Esporte, Niterói, v.12,n.5, p. 279-285, Set.- Out. 2006.

SHÄFFER, A.; MENCHE NICOLE – **Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem – manual para enfermeiros e outros profissionais de saúde**. - Lusociência, Loures, 2004, ISBN: 972-8383-78-9 p.45-52.

SEELY ,Rod. R.; STEPHENS, Trent D.; TATE, Philip – **Anatomia e Fisiologia** – 6ª ed. Loures: Lusociência cop.2005,XXV,1118 p., pág. Variada, ISBN: 972-8930-07-0

TITOTO, L.; et al. **Reabilitação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: actualização da literatura nacional**. Arquivo Ciência Saúde, v.12, n.4, p.216- 219, Out.- Dez. 2005.

TOPOL, Eric J., ed. lit. [et al.] - **Tratado de cardiologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2005. 2 vols.. ISBN 85-277-1048-X

# ANEXO XVII

Certificado de Presença do Congresso



# 18<sup>as</sup> Jornadas de Cardiologia

Hospitais Distritais da Zona Centro

**viseu** hotel monteabelo  
26 e 27 de Novembro de 2010

## Certificado

Certifica-se, para os devidos efeitos, que

*Claudia Beatriz Faria Silva*

esteve presente nas 18<sup>as</sup> Jornadas de Cardiologia  
dos Hospitais da Zona Centro, realizadas nos dias  
26 e 27 de Novembro de 2010, no Hotel Monteabelo, em Viseu.

**Oliveira Santos**  
Presidente das Jornadas



Serviço de  
Cardiologia

Hospital de São Teotónio  
Viseu

