



CATOLICA  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

# Da Necessidade Crítica do Cuidado

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

Por Marco Alexandre Guimarães Vidal

LISBOA, Março de 2015





CATOLICA  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

# Da Necessidade Crítica do Cuidado

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

Por Marco Alexandre Guimarães Vidal

Sob orientação de Professora Doutora Manuela Madureira

LISBOA, Março de 2015



*“Let your thoughts be positive for they will become your words.  
Let your words be positive for they will become your actions.  
Let your actions be positive for they will become your values.  
Let your values be positive for they will become your destiny”*

Mahatma Gandhi



## RESUMO

O presente relatório pretende descrever de uma forma analítica, crítico-construtiva e reflexiva as atividades realizadas e as competências adquiridas e desenvolvidas nos diferentes módulos do estágio inserido no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A seleção dos campos de estágio nos diferentes módulos recaiu sobre a necessidade de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa e sua família em situação crítica em ambientes e contextos distintos aos da nossa prática profissional até então. Assim, a unidade curricular Estágio foi composta por três módulos:

Módulo I – Serviço de Urgência foi realizado no SU de um Hospital de Parceria Público-Privada (HPPP) do Distrito de Lisboa, no período de 28 de Abril a 21 de Junho de 2014, onde se destacaram a formação realizada sobre cuidados de enfermagem à Pessoa em situação crítica vítima de trauma e a folha de transferência de enfermagem do doente vítima de trauma. Estas intervenções visaram o conforto da Pessoa e o incremento da qualidade, segurança e continuidade dos cuidados;

Módulo II – Cuidados Intensivos decorreu na UCI de um Hospital Privado do Distrito de Lisboa (HPDL), no período de 8 de Setembro a 1 de Novembro de 2014, em que evidenciamos a prestação de cuidados de enfermagem, especializados e personalizados de acordo com as necessidades da Pessoa em situação crítica, mais concretamente ao doente submetido a cirurgia cardíaca e sua família, através da elaboração da Norma de Procedimento de Cuidados de Enfermagem ao Doente sob VNI e da Revisão Integrativa da Literatura com recurso à evidência científica mais atual e pertinente sobre AP em UCI;

Módulo III – Opcional decorrido na VMER de um Hospital Central do Distrito de Lisboa (HCDL), no período de 1 de Dezembro de 2014 a 31 de Janeiro de 2015, possibilitou a prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica emergente em contexto pré-hospitalar e sua família e a reflexão sobre a tomada de decisão clínica. A elaboração de um estudo de caso acerca de uma Pessoa com EAMCST permitiu a melhor compreensão do percurso, recomendações, tratamentos e os cuidados necessários ao doente em risco eminente de vida onde o diagnóstico, a terapêutica, monitorização, vigilância, o tempo e a promoção da saúde e dos seus sinais de alerta assumem um papel principal no palco da saúde nacional.

Assim, com o propósito de outorgar visibilidade à profissão que tão orgulhosamente representamos, fortalecemos uma *praxis* de qualidade, competente, segura, científica e humana, progredindo no sentido da autonomia, predicados que nos acompanharão no nosso exercício profissional quotidiano, legaremos aos nossos pares e manifestaremos no contexto multidisciplinar com a ostentação de uma prática de enfermagem especializada.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Competências; Pessoa em situação crítica; Qualidade e Segurança



## **ABSTRACT**

This report is intended to describe an analytical, critical and constructive and reflective way the activities and skills acquired and developed in the different modules of the inserted stage in the 7th Nursing Master's Degree Specialization in the area of Medical-Surgical Nursing, the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University.

The selection of training courses in the different modules fell on the need to develop expertise in providing specialized care to the person and his family in a critical condition in environments and different contexts to our professional practice until then. Thus, the course stage was composed of three modules:

Module I - ER was conducted in the ER of a Hospital of Public-Private Partnership (HPPP) of the District of Lisbon, between April 28 and June 21 of 2014, where we highlight the training conducted on nursing care to the Person in critical situation victim of trauma and nursing transfer sheet of the patient victim of trauma. These interventions aimed the comfort of the person as well the increase of quality, safety and continuity of care;

Module II - Intensive Care held in the ICU of a Private Hospital in the District of Lisbon (HPDL), from September 8 to November 1 of 2014, in which we noted the provision of nursing care, specialized and customized according to the Person in critical condition needs, specifically the patient undergoing heart surgery and his family, through the development of the Standard of Nursing Care of the Patient Procedure under Non Invasive Ventilation and Integrative Literature Review with the most current and relevant scientific evidence about Parenteral Alimentation in ICU;

Module III - Optional was elapsed in VMER of a Central Hospital of the District of Lisbon (HCDL) in the period from 1 December 2014 to 31 January of 2015, enabled the provision of specialized nursing care to the person in emerging critical situation in Prehospital context and his family and reflection on clinical decision making. The elaboration of a case study about a person with EAMCST allowed better understanding about the path, recommendations, treatment and nursing care needed for the patient at imminent risk of life where the diagnosis, treatment, monitoring, surveillance, time and promoting health and its warning signs assume a leading role on the stage of national health.

Thus, in order to grant visibility to the profession that we so proudly represent, strengthen quality *praxis*, competent, safe, scientific and human progress towards autonomy are predicates that accompany us in our daily professional practice, bequeath to our peers and manifest within a framework with the display of a practice of specialized nursing.

**Keywords:** Nursing care; Competences; Person in Critical Situation; Quality and Safety



## **AGRADECIMENTOS**

### **À Professora Doutora Manuela Madureira,**

Pela motivação, rigor, olhar crítico, disponibilidade, apoio e dedicação com que sempre nos orientou neste percurso.

### **A todas as instituições e profissionais que tornaram este percurso possível,**

Obrigado por me acolherem e me fazerem sentir um de Vós, pelas oportunidades de aprendizagem, pelo crescimento que me proporcionaram e pelos amigos que fiz.

### **Aos meus amigos, meus irmãos, todos eles,**

São parte de mim e fazem de mim a pessoa que sou hoje. Vocês sabem quem são e o quão importantes são para mim...

### **À Ciz,**

Pela paciência, carinho e amor com que me acompanha. Pelo incentivo quando tudo parecia desmoronar-se... Pelos sorrisos que me desperta...

### **Por último mas nunca em último: À minha família,**

As pessoas mais importantes deste mundo e sem as quais eu não era nada. Ao meu Pai, à minha Mãe, à minha Tia, à minha Prima, à minha Afilhada e ao meu Irmão.

**Com todo o AMOR: Avô e Avó... este é para vocês...**



## **SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS**

### **Siglas**

AE – Alimentação Entérica  
AP – Alimentação Parentérica  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BG – Balcão Geral de Atendimento  
Bpm – Batimentos por minuto  
DGS – Direcção Geral de Saúde  
DL – Decreto-Lei  
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio  
EAMCST - Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST  
ECG – Electrocardiograma de 12 derivações  
ECTS – Sistema Europeu de Transferência de Créditos  
EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
EET – Entubação Endotraqueal  
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica  
ENG – Entubação Nasogástrica  
HCDL – Hospital Central do Distrito de Lisboa  
HPDL – Hospital Privado do Distrito de Lisboa  
HPPP – Hospital de Parceria Público-Privada  
HFF – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca  
HSFX – Hospital de São Francisco Xavier  
HSM – Hospital de Santa Maria  
HBA – Hospital Beatriz Ângelo  
HSC – Hospital de Santa Cruz  
HSJ – Hospital de São José  
ICS – Instituto de Ciências da Saúde  
LA – Linha Arterial  
NP – Norma Portuguesa  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PAE – Pressão da Aurícula Esquerda  
PCR – Paragem Cardiorespiratória  
PVC – Pressão Venosa Central  
SBV – Suporte Básico de Vida  
SO – Sala de Observação  
SR – Sala de Reanimação  
SU – Serviço de Urgência

UCE – Unidade de Concentrado Eritrocitário  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UCP – Universidade Católica Portuguesa  
VA – Via Aérea  
VNI – Ventilação Não Invasiva

### **Acrónimos**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes  
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
SAV – Suporta Avançado de Vida  
SIV – Suporte Imediato de Vida  
SUG - Serviço de Urgência Geral  
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

### **Abreviaturas**

Ac - Acesso  
Asp – Aspiração  
Cc – Centímetro Cúbico  
CmH<sub>2</sub>O – Centímetro de água  
Desob – Desobstrução  
dL - Decilitro  
h - Hora  
Hemod – Hemodinâmica  
mEq - Miliequivalentes  
mg - Miligramas  
min - Minutos  
mL - Mililitros  
mmHg – Milímetros de mercúrio  
seg - segundos  
Trab - Trabalho  
Veic – Veículo



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Recepção à Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca – Ajudar a Pessoa a Respirar .....	53
Quadro 2 – Recepção à Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca – Ajudar a Pessoa a comer e beber adequadamente.....	54
Quadro 3 – Recepção à Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca – Ajudar a Pessoa a eliminar .....	54
Quadro 4 – Recepção à Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca – Ajudar a Pessoa a manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente.....	54
Quadro 5 – Material da VMER do HCDL.....	58
Quadro 6 – Distribuição etária dos doentes das ocorrências durante o estágio na VMER.....	64
Quadro 7 – Intervenções realizadas durante o estágio na VMER.....	66
Quadro 8 – Comparação entre os dados da VMER do HCDL 2012 e os recolhidos durante o período de estágio .....	68
Quadro 9 – Principais contributos, vantagens, limitações e dificuldades do percurso realizado .....	76

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ocorrências durante o estágio na VMER.....	64
Gráfico 2 – Distribuição das intervenções realizadas durante o estágio na VMER.....	67
Gráfico 3 – Serviços para onde foram transportados os doentes durante o estágio na VMER .....	67
Gráfico 4 – Causas de não transporte dos doentes durante o estágio na VMER.....	68
Gráfico 5 – Evolução do estado clínico dos doentes durante o estágio na VMER.....	68



## ÍNDICE

<b>0. Introdução</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Revisão Integrativa da Literatura Sobre Alimentação Parentérica em Cuidados Intensivos</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Estágios em Enfermagem Médico-Cirúrgica</b> .....	<b>26</b>
<b>2.1. Módulo I – Serviço de Urgência</b> .....	<b>26</b>
2.1.1. Cuidados de Enfermagem e Atividades Desenvolvidas em Serviço de Urgência .....	27
<b>2.2. Módulo II – Cuidados Intensivos</b> .....	<b>42</b>
2.2.1. Cuidados de Enfermagem e Atividades Desenvolvidas em Unidade de Cuidados Intensivos .....	44
<b>2.3. Módulo III – Opcional: Viatura Médica de Emergência e Reanimação</b> .....	<b>57</b>
2.3.1. Cuidados de Enfermagem e Atividades Desenvolvidas em Viatura de Emergência Médica e Reanimação .....	59
<b>3. Reflexão Crítica acerca das atividades desenvolvidas e competências adquiridas nos estágios em Enfermagem Médico-Cirúrgica</b> .....	<b>73</b>
<b>4. Conclusão</b> .....	<b>77</b>
<b>5. Referências Bibliográficas</b> .....	<b>81</b>
<b>6. Apêndices</b> .....	<b>89</b>
<i>Apêndice I – Apresentação da Formação “Cuidados de Enfermagem ao doente politraumatizado”</i> .....	91
<i>Apêndice II – Plano da sessão de Formação “Cuidados de Enfermagem ao doente politraumatizado”</i> .....	109
<i>Apêndice III – Avaliação da sessão de Formação “Cuidados de Enfermagem ao doente politraumatizado” pelos formandos</i> .....	113
<i>Apêndice IV – Avaliação da sessão de Formação “Cuidados de Enfermagem ao doente politraumatizado” pelo formador</i> .....	117
<i>Apêndice V – Folha de transferência de enfermagem doente vítima de trauma</i> .....	121
<i>Apêndice VI – Norma de Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a Ventilação Não Invasiva (VNI)</i> .....	125
<i>Apêndice VII – Estudo de caso doente com EAMCST</i> .....	135
<b>7. Anexos</b> .....	<b>151</b>
<i>Anexo I - Guideline ITLS “Critérios clínicos para a abordagem à Pessoa com lesão medular”</i> .....	153



## 0. INTRODUÇÃO

O presente relatório assume-se como o derradeiro produto de síntese de saberes, conhecimentos, capacidades e competências que ao longo deste 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) foram mobilizados, desenvolvidos e gerados no decorrer deste trajeto compreendido no biénio de 2013/2015.

Por forma a dar continuidade às componentes teóricas e práticas já cumpridas, o presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular Relatório, tendo como objetivos:

- Descrever as atividades realizadas e as aprendizagens proporcionadas pelos estágios;
- Relatar o processo de aquisição, desenvolvimento e certificação de competências nesta área de especialização, através da análise e reflexão crítica e construtiva;
- Possibilitar uma avaliação deste percurso.

O Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em EMC visa dotar o enfermeiro especialista de competências definidas nos princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros regulamentado no REPE (1998) e, a especialidade em EMC pretende o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e é especialmente dirigida para a o cuidado ao doente em situação crítica, cujos objetivos gerais assentam na base de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, sendo estes descritas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional (UCP-ICS, 2012, p.4):

- “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem;

- *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua 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);*

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

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

- *Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo”.*

Para Le Boterf (2002), a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta e, assim sendo, para a consequência das mesmas foram delineados objetivos específicos para cada local de provação. Este relatório assenta nos projetos realizados no início de cada um dos módulos, não obstante, ao longo dos mesmos foram necessárias algumas alterações que fomentam a prestação de cuidados especializados. A orientação destes objetivos, apesar de apresentar abstinência de um tema comum aos três módulos, seguiu as necessidades de aquisição de competências pessoais e de subsídios relevantes aos cuidados de enfermagem baseados na evidência, seguros e de qualidade com vista a ganhos em saúde para a população dos locais onde foram realizados os estágios.

A unidade curricular Estágio compreendeu três módulos que foram realizados pela seguinte ordem cronológica:

- Módulo I – Serviço de Urgência: Realizado no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital de Parceria Público-Privada (HPPP) do Distrito de Lisboa no período de 28 de Abril e 21 de Junho de 2014;

- Módulo II – Cuidados Intensivos / Intermédios: Realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital Privado do Distrito de Lisboa (HPDL) no período de 8 de Setembro a 1 de Novembro de 2014;

- Módulo III – Opcional: Realizado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um Hospital Central do Distrito de Lisboa (HCDL) no período de 1 de Dezembro de 2014 a 31 de Janeiro de 2015.

A seleção dos campos de estágio nos diferentes módulos recaiu sobre a necessidade de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa e sua família em situação crítica em ambientes e contextos distintos aos da minha prática profissional até então, nomeadamente em situação de trauma em contexto de urgência, sujeita a cirurgia cardíaca em contexto de cuidados intensivos e em situação crítica emergente em contexto pré-hospitalar, respetivamente.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais previstas no Regulamento do Perfil de Competências Comuns do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Encontram-se descritos quatro domínios de competências comuns: Prática profissional, ética e legal; Gestão de cuidados; Aprendizagens profissionais e Melhoria contínua da qualidade. Pode-se ler no mesmo regulamento que *“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do*

*enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais*". O mesmo organismo (2010) acrescenta ainda que enquanto as competências comuns do Enfermeiro Especialista são transversais a todas as especialidades, as competências específicas são próprias de um conhecimento profundo num domínio específico da enfermagem.

Profetto-Mcgrath et al (2010) referem que os enfermeiros especialistas têm de ser vistos como agentes promotores de mudança nos serviços. A prática baseada na evidência passou a ser uma meta desejada em todas as profissões de saúde, na medida em que a integração dos resultados da investigação mais atual, conduz à otimização de *outcomes* nos cuidados à Pessoa.

Cogitemos sobre a existência humana. Conjeturamos que, desde os seus primórdios, o Homem, mesmo quando adâmico, sentia necessidade de cuidar dos seus pares colocando ao dispor do outro todos os meios disponíveis para a recuperação e manutenção da sua condição de saúde através do conforto e da satisfação das suas necessidades humanas básicas, cuidando do outro. Alcançamos então a essência dos cuidados de enfermagem – o cuidar. Consideramos assim que, através de um aperfeiçoamento consistente com a evolução e através da formação de um quadro de competências com alicerces na humanização e na ciência, a Enfermagem enquanto prática caminhou em união com a existência humana.

Numa definição funcional de enfermagem, o modelo teórico de Henderson, expoente máximo na linha de pensamento teórico na escola das necessidades, afirma que "*(...) a única função da enfermeira é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível.*" (Tomey e Alligood, 2004, p. 114).

O REPE (1998) define enfermagem como a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem (intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais) ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos social em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Os cuidados de enfermagem são desta forma compostos por intervenções autónomas e interdependentes. Suportamo-nos na definição de cuidado de enfermagem de Watson (2002) quando enuncia que cuidar envolve um compromisso na ação, conhecimentos e competências e, sendo a Enfermagem uma ciência humana, uma atividade humana, onde o momento de cuidar se torna num momento de possibilidade, em que o cuidador e o receptor

dos cuidados são co-participantes. O objetivo do cuidado de enfermagem consiste em ajudar a atingir a harmonia entre as diferentes dimensões da Pessoa (Watson, 2002).

Assim, a Enfermagem assume um papel único na vida das pessoas ao longo de todo o seu ciclo vital contribuindo para a prevenção da doença e a promoção da saúde e da qualidade de vida. Para Collière (2000, p. 288), o campo de competência da Enfermagem apoia-se, essencialmente, em todos os cuidados de manutenção de vida, cimentados em tudo o que permite a alguém continuar a viver.

Com enfoque na Pessoa como receptora de cuidados de Enfermagem, neste documento encontram-se explicitadas as atividades concretizadas com vista à qualidade, excelência e segurança dos cuidados de enfermagem, bem como uma reflexão sobre as competências desenvolvidas e uma descrição dos contributos, vantagens, dificuldades e limitações da jornada pedagógica realizada. Por conseguinte, este relatório será organizado de uma forma sequencial, cronológica e lógica, atravessando os momentos de aprendizagem que compuseram os módulos do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Inicialmente apresentar-se-á uma revisão integrativa da literatura sobre a alimentação parentérica em cuidados intensivos que, apesar de não se apresentar como um tema transversal ao percurso, foi desenvolvido no Módulo II – Cuidados Intensivos por forma a dar resposta às necessidades de atualizado conhecimento científico ambicionadas pelo serviço. Consecutivamente, divididos por subcapítulos, estarão cada um dos módulos de estágio onde são apresentados os objetivos delineados, as atividades realizadas e experiências mais distintas, bem como, a fundamentação teórica e análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas. Seguir-se-á uma autocrítica e reflexão dos cuidados de enfermagem e atividades desenvolvidas e onde se evidenciam as principais vantagens e contributos contraídos, bem como as dificuldades e limitações para o desenvolvimento pessoal e profissional nesta jornada pedagógica. Finalizamos o corpo do relatório com um somatório, síntese e inferência dos capítulos anteriores e, por último, poderemos encontrar os apêndices e anexos que servem de complemento substancial de tudo o que neste trabalho será explanado. A referenciação bibliográfica baseia-se na norma NP 405.

# 1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE ALIMENTAÇÃO PARENTÉRICA EM CUIDADOS INTENSIVOS

## Resumo

No âmbito do estágio realizado no Módulo II do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital Privado do Distrito de Lisboa (HPDL), realizada uma revisão integrativa da literatura sobre alimentação parentérica (AP).

A questão “Qual o estado da arte dos cuidados de enfermagem ao doente em cuidados intensivos com alimentação parentérica?” surgiu de uma necessidade deste serviço como forma de aprofundar e atualizar conhecimentos e com os objetivos de definir o que é AP, reconhecer as Indicações para a sua administração, apresentar quais as suas vias de administração, riscos e complicações e conhecer os cuidados de Enfermagem ao doente sob AP.

Foi realizada uma pesquisa na base de dados EBSCOhost – Research Databases incluindo todas as bases de dados que ai se encontram agregadas com os termos de pesquisa indexados no Mesh: parent\* nutrition AND Intensive Care AND Nurs\* NOT Neonat\*. Foram selecionados os artigos completos em língua portuguesa e inglesa desde 2004 até 2014.

Foram também adicionados artigos e guidelines considerados pertinentes que foram sobressaindo durante esta pesquisa.

A AP demonstrou-se como um grande avanço na área da terapêutica nutricional ao permitir assegurar um suporte nutricional em quantidade e qualidade de uma forma segura, verificando-se os cuidados de enfermagem ao doente sob AP fundamentais em todas as fases do processo de controlo, preparação, administração e avaliação da eficácia da AP, mas também na monitorização para a prevenção e/ou deteção precoce de complicações.

## **Abstract**

Under the training camp in Module II of the Master Course Internship in Portuguese Medical-Surgical Nursing at the Catholic University conducted in Intensive Care Unit (ICU) of the Private Hospital of the District of Lisbon (HPDL) held an integrative review of the literature on parenteral nutrition (AP).

The question "What is the state of the art of nursing care to the patient in intensive care with parenteral nutrition?" Arose from a need for this service as a way to deepen and update knowledge and aiming to define what AP, recognize the indications for its administration to present what their routes of administration, risks and complications and meet the nursing care of the patient under AP.

A survey was conducted in EBSCOhost database - Research Databases including all databases that there are aggregated with the terms of indexed search on Mesh: parent \* AND nutrition Intensive Care AND Nurs \* NOT \* Neonat. The full articles were selected in Portuguese and English from 2004 to 2014.

They were also added articles and guidelines that were considered relevant during this study.

The AP was shown as a breakthrough in the field of nutritional therapy to allow ensure nutritional support in quantity and quality in a safe way, assuming the nursing care of the patient under AP a fundamental role at all stages of the monitoring process, preparation, administration and evaluation of the effectiveness of the AP, but also in monitoring for the prevention and / or early detection of complications.

## Índice

0. Introdução.....	10
1. Método de Pesquisa.....	12
2. Resultados.....	14
<b>2.1. Alimentação Parentérica.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. Indicações para administração de Alimentação Parentérica.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3. Vias de Administração de Alimentação Parentérica.....</b>	<b>18</b>
2.3.1. Acesso Venoso Periférico (AVP).....	18
2.3.2. Acesso Venoso Central (AVC).....	18
<b>2.4. Riscos e Complicações.....</b>	<b>19</b>
<b>2.5. Cuidados de Enfermagem ao Doente sob Alimentação parentérica.....</b>	<b>21</b>
2.5.1. Administração de Alimentação Parentérica.....	21
2.5.2. Monitorização do Doente.....	22
3. Discussão e Conclusão.....	24
4. Bibliografia.....	25

## Índice de Quadros

Quadro 1 – Protocolo de Pesquisa.....	12
Quadro 2 – Bolsas nutritivas.....	15
Quadro 3 - Vantagens e desvantagens da AP por Via venosa periférica.....	19
Quadro 4 - Vantagens e desvantagens da AP por Via venosa central.....	19
Quadro 5 – Riscos e Complicações associados à Alimentação Parentérica.....	20
Quadro 6 – Monitorização de parâmetros e finalidade.....	23

## Índice de Figuras

Figura 1 – Protocolo de Pesquisa.....	13
---------------------------------------	----

## 0. Introdução

No âmbito do estágio realizado no Módulo II do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital Privado do Distrito de Lisboa (HPDL), que decorre no período de 8 de Setembro de 2014 a 1 de Novembro do mesmo ano civil com uma carga horária de 180 horas, foi proposta a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre alimentação parentérica (AP).

MCCLAVE et al (2009) afirmam que o suporte nutricional ao doente crítico apresenta 3 objetivos principais: preservar a massa corporal magra, manter a função imunológica e prevenir complicações metabólicas.

SINGER et al. (2009) referem que o suporte nutricional em contexto de cuidados intensivos representa um desafio que felizmente pode ser realizado e monitorizado de uma forma rigorosa. As *guidelines* acerca da alimentação entérica (AE) demonstraram a evidência a seu favor na sua administração precoce e eficácia na utilização do trato gastrointestinal. A AP representa uma alternativa ou suporte adicional quando outras opções são infrutíferas (sem que necessariamente tenham falhado completamente) ou quando não são possíveis ou seriam arriscadas essas mesmas opções.

A AP constituiu um grande avanço na área da terapêutica nutricional, ao permitir assegurar um suporte nutricional adequado a doentes com patologias em que até recentemente lhes era impossível fornecer esse suporte, tanto em qualidade como em quantidade. O seu uso foi generalizado no final dos anos de 1970 e princípio dos anos de 1980, após publicação de alguns estudos de Stanley Dudrick, cirurgião natural dos Estados Unidos da América (EUA), tornando-se numa prática em permanente evolução. Desde essa data, com a sua expansão rápida, têm surgido inúmeros esforços para promover o uso seguro e eficaz desta técnica (SHILS, 2006).

O principal objetivo da AP é o de fornecer uma mistura de nutrientes próxima da requerida de uma forma segura e evitando complicações. Não obstante, a AP implica riscos consideráveis de aporte nutricional excessivo (*overfeeding*), fenómeno que se pode apresentar tão prejudicial como a má nutrição (SINGER et al, 2009).

De acordo com a literatura e com a evidência da prática, acredita-se que a equipa de enfermagem assume um papel fundamental no controlo da AP que inclui a instalação e manutenção do equipamento e monitorização de possíveis reações que o doente poderá desenvolver durante a terapêutica. Acrescentando, para atingir os objetivos terapêuticos e assegurar o bem-estar e conforto do doente, é necessário o conhecimento e atenção dos profissionais para com a complexidade e fragilidade do ser humano (SANTOS et al, 2012).

A questão “Qual o estado da arte dos cuidados de enfermagem ao doente em cuidados

intensivos com alimentação parentérica?” surgiu de uma necessidade deste serviço como forma de aprofundar e atualizar conhecimentos.

Com efeito, os objetivos delineados foram:

- Definir o que é alimentação parentérica;
- Reconhecer as Indicações para administração de Alimentação Parentérica;
- Apresentar as vias de administração de Alimentação Parentérica;
- Identificar quais os riscos e complicações da Alimentação Parentérica;
- Conhecer os cuidados de Enfermagem ao doente sob Alimentação Parentérica.

De mencionar que durante este trabalho optou-se por unir os termos nutrição parentérica (NP) e alimentação parentérica (AP) uma vez que estes aparecem na literatura consultada unidos da mesma semântica. Desta forma, doravante, as duas expressões surgirão com o mesmo significado.

## 1. Método de Pesquisa

Para responder à questão supracitada e ir de encontro aos objetivos referidos foi realizada uma pesquisa na base de dados EBSCOhost – Research Databases incluindo todas as bases de dados que ai se encontram agregadas com os termos de pesquisa indexados no Mesh: parent\* nutrition AND Intensive Care AND Nurs\* NOT Neonat\*. Foram selecionados os artigos completos em língua portuguesa e inglesa desde 2004 até 2014. Da pesquisa resultaram 56 artigos dos quais foram selecionados 8 que se focassem no doente adulto em situação de cuidados intensivos sendo excluídos os artigos que se dedicassem à administração de AP em doentes com patologias específicas.

Foram também adicionados artigos e *guidelines* considerados pertinentes que foram sobressaindo durante esta pesquisa.

Para a elaboração da questão de investigação e determinação dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos a analisar, foi utilizado o método designado de PI[C]OS: participantes (e situação problema), intervenção, resultados e tipo de estudo.

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<b>P</b> Participantes	Adultos internados em cuidados intensivos;	Doentes não adultos;
<b>I</b> Intervenção	Cuidados a doentes sob alimentação parentérica	
<b>C</b> Controlo ou Comparação	Não aplicavel	
<b>O</b> Outcomes	Compreender os critérios, indicações e cuidados de enfermagem ao doente sob alimentação parentérica	
<b>S</b> Study (Tipo de estudo)	Artigos com texto integral acessível; Estudos redigidos em inglês e português;	Estudos anteriores a 2004; Estudos direcionados a doentes com patologias específicas;

**Quadro 1 – Protocolo de Pesquisa**

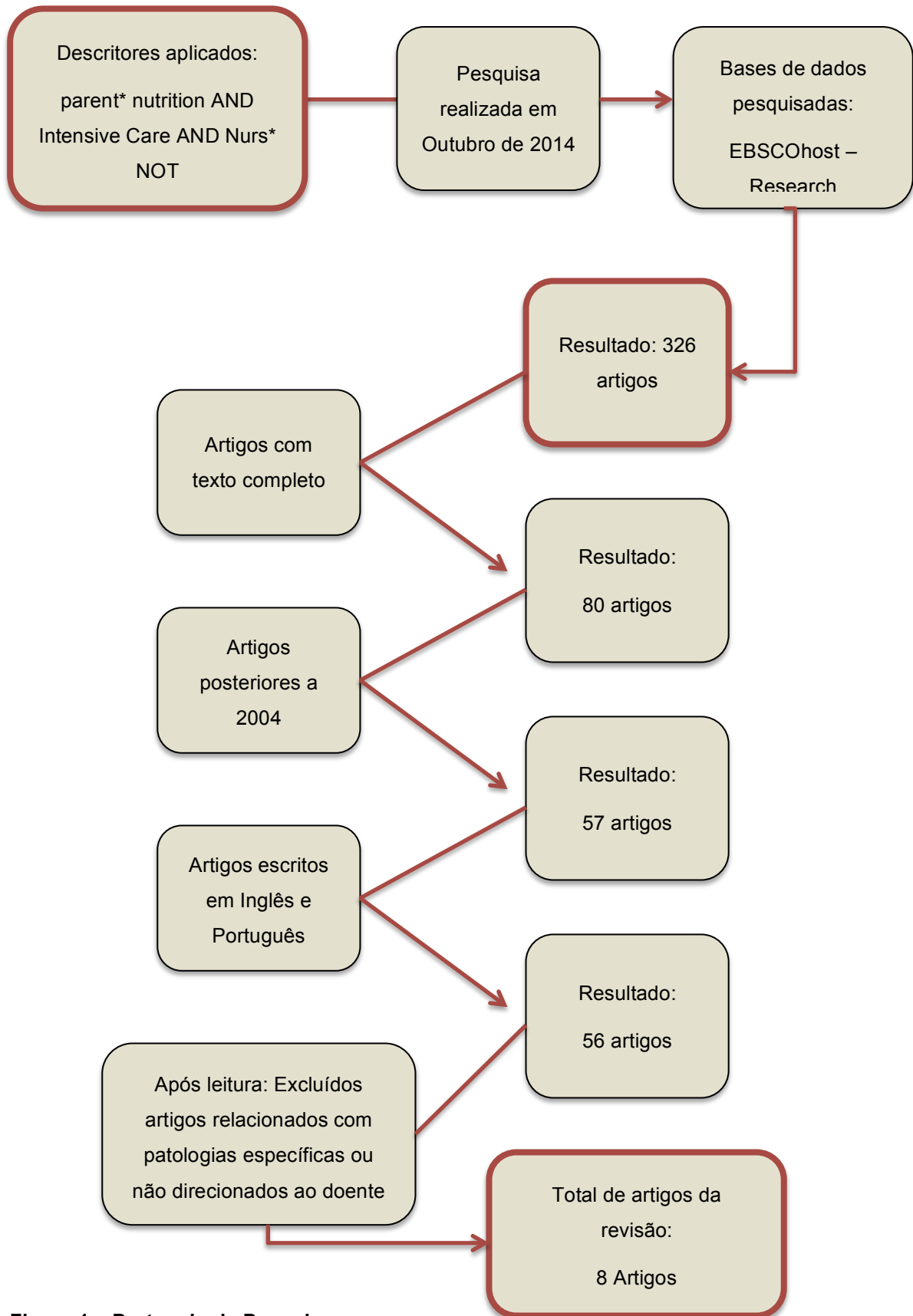


Figura 1 – Protocolo de Pesquisa

## 2. Resultados

### 2.1. Alimentação Parentérica

O suporte nutricional parentérico consiste em administrar, por via parentérica, todos os nutrientes a um doente de modo a satisfazer as suas necessidades nutricionais. Assim os nutrientes são administrados diretamente na circulação sanguínea não sofrendo o efeito de primeira passagem pelo fígado para serem metabolizados (SHILS, 2006).

LARSEN (2012) define nutrição parentérica como a administração de nutrientes, líquidos, minerais e electrólitos diretamente na circulação venosa do doente em que a capacidade de absorção de nutrientes se demonstra como inadequada, não segura ou em quem o trato gastrointestinal poderá ser inadequado. A AP poderá ser utilizada a longo prazo (períodos de meses a anos) em doentes que apresentem patologia intestinal irreversível mas, é utilizada de uma forma mais habitual a curto prazo (dias a semanas) como suporte nutricional para doentes com disfunção temporária do intestino.

A nutrição parentérica (NP) omite o processo digestivo normal e fornece nutrientes diretamente para a corrente sanguínea através de um acesso venoso. Esta é composta por uma mistura de substratos nutritivos que, de outra forma, seriam assimilados para a circulação através da ingestão de alimentos. Estes nutrientes são fornecidos através da NP de uma forma constante ao contrário daqueles que são fornecidos pelos alimentos (FLETCHER, 2013).

Sempre que possível o doente deve ser envolvido na decisão de administração de NP e ser informado sobre os seus riscos e benefícios.

Segundo SINGER (2009) a alimentação parentérica tem como principal objetivo fornecer uma mistura de nutrientes aproximada às necessidades da pessoa de uma forma segura e evitando complicações.

A pessoa/doente, que esteja submetido a este tipo de suporte nutricional, pode receber todo o tipo de fórmulas, contendo parte ou a totalidade dos nutrientes (aminoácidos, lípidos, glicose, vitaminas, electrólitos e oligoelementos). E, desta forma, a NP pode ser classificada como parcial ou total (ALMEIDA SANTOS, 2009).

Segundo o mesmo autor existem diferentes tipos de suporte nutricional parentérico, são elas as AP individualizadas como os sistemas "*Single Bottles*" e "*Hospital Compounded Bag*" e as AP padronizadas como as bolsas "3 em 1", "2 em 1" e "*kits*". Os sistemas padronizados por bolsas "3 em 1", "2 em 1" são hoje utilizados em larga escala no nosso país e têm a vantagem de se adaptar a diversos regimes de terapêutica nutricional com um prazo de validade alargado (sem estarem homogeneizadas). Este sistema necessita de um número de manipulações diminuto, diminuindo assim o risco de contaminação microbiológica quando respeitada a técnica asséptica. Estas necessitam da adição de vitaminas, oligoelementos e electrólitos. Após esta suplementação as bolsas possuem uma estabilidade de 2-3 dias a uma

temperatura de 4°C.

SINGER (2009) recomenda que as misturas de AP devem ser administradas nestas bolsas “*all-in-one*”.

Através da pesquisa realizada foram encontradas as seguintes bolsas nutritivas disponíveis:

<b>Bolsa Nutritiva</b>	<b>Volume/Saco</b>	<b>Composição</b>	<b>Composição Calórica</b>
<b>7, 3N</b>	2000mL	800mL Aminoácidos 800mL Dextrose 20% 400mL Lípidos 20%	1255Kcal/2000mL Proteínas 14% Hid. Carbono 51% Lípidos 35%
<b>9, 3N</b>	2000mL	800mL Aminoácidos 800mL Dextrose 25% 400mL Lípidos 20%	1825Kcal/2000mL Proteínas 12% Hid. Carbono 44% Lípidos 44%
<b>11, 2N</b>	2000mL	800mL Aminoácidos 800mL Dextrose 30% 400mL Lípidos 20%	2030Kcal/2000mL Proteínas 14% Hid. Carbono 47% Lípidos 39%
<b>13, 2N</b>	2000mL	800mL Aminoácidos 800mL Dextrose 40% 400mL Lípidos 20%	2400Kcal/2000mL Proteínas 14% Hid. Carbono 53% Lípidos 33%

**Quadro 2 – Bolsas nutritivas**

## 2.2. Indicações para administração de Alimentação Parentérica

A nutrição entérica precoce é a primeira opção em doentes com trato gastrointestinal (GI) intacto segundo a *AGENCY FOR CLINICAL INNOVATION* (ACI) (2010).

A melhor forma de optar por administração de AP é através de uma apreciação multidisciplinar por forma a ser obtido uma avaliação holística das necessidades do doente (FLETCHER, 2013).

Segundo as *guidelines* da EUROPEAN SOCIETY OF PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (ESPEN) sobre AP em cuidados intensivos existem algumas indicações, suportadas por uma grelha de hierarquia de qualidade e relevância de evidência, que devem ser tidas em consideração na decisão de iniciar AP. Estas referem que todos os doentes que seja expectável não estarem sob alimentação normal em 3 dias, ou que recebam menos do que a alimentação entérica pretendida, devem receber AP entre 24-48h após admissão na unidade de cuidados intensivos (UCI) se for contraindicada alimentação entérica (AE) (SINGER et al, 2009)

A mesma fonte afirma que na ausência de calorimetria direta ou indireta, doentes em UCI devem receber 25kcal/kg/dia incrementando o aporte até ao pretendido nos 2-3 dias subsequentes sendo que, durante a fase aguda, o alvo será o de providenciar energia o mais próximo possível da energia despendida avaliada por forma a diminuir o balanço energético negativo.

Por outro lado, MCCLAVE et al (2009) nas *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient* da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) e da *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) indicam os momentos em que se deve optar pela administração de AP quando a AE não é exequível ou não se encontra disponível, nos primeiros 7 dias após a admissão do doente na UCI, não é necessária terapêutica de suporte mas, no doente saudável previamente ao evento crítico, sem evidência de má nutrição proteica ou calórica (perda de peso >10-15% ou perda de peso atual < 90% do peso ideal), a utilização de AP deve ser reservada e iniciada apenas 7 dias de hospitalização (se AE não disponível).

Revistos os níveis de evidência de ambas as *guidelines*, as indicações da SCCM e ASPEN são suportadas por níveis de evidência C e E e as indicações da ESPEN por evidência de nível C.

Este tipo de suporte nutricional está indicado em diversos quadro clínicos que por norma se inserem nas condições anteriormente descritas, principalmente quando estes se apresentem associados a um estado de desnutrição. São exemplos alguns doentes com doença inflamatória intestinal em que o uso de nutrição entérica não evitou ou reverteu o estado de desnutrição, doentes em UCI com falência multiorgânica em que não é possível atingir por via enteral a totalidade das necessidades nutricionais, atresia intestinal, enterite por radiação, síndrome do intestino extremamente curto, alterações da motilidade como esclerodermia ou

síndrome de pseudo-obstrução intestinal idiopática crónica (ALMEIDA SANTOS, 2009).

De uma forma sucinta a ACI (2010) refere que as indicações básicas para a utilização de AP é a necessidade de nutrição quando o trato gastrointestinal se encontra:

- Não funcional ou a drenar (ex. Obstrução, ileus, fistula);
- Não pode ser acedido (ex. Vômitos incoercíveis com incapacidade de estabelecer acesso jejunal);
- O doente não pode ser nutrido adequadamente por via oral ou entérica (ex. Estados de má absorção como síndrome do intestino extremamente curto, enterite por radiação, ou inabilidade para estabelecer alimentação entérica total).

A mesma entidade refere que a AP deve ser considerada no doente crítico quando a AE será protelada, mas não existe informação suficiente para recomendar suplementação da AE com AP quando a AE é adequada, deve-se prevenir hiperglicemia evitando a sobrealimentação e iniciar insulina quando apropriado e os micronutrientes incluindo vitaminas e oligoelementos devem ser adicionados nas necessidades diárias usuais a menos que sejam conhecidas deficiências específicas.

Um aspecto importante da avaliação é determinar à quanto tempo o doente permanece sem o suporte nutricional adequado uma vez que pode existir o risco de síndrome de realimentação (NICE, 2006). Essa avaliação deverá ser feita tendo em conta os resultados laboratoriais sanguíneos uma vez que baixos níveis de potássio, fosfato ou magnésio podem sugerir esse risco. Nesses casos poderá ser necessário iniciar alimentação com níveis calóricos nunca inferiores a 50% das suas necessidades energéticas e aumentar o aporte gradualmente ao longo dos dias.

É essencial realizar um balanço dos riscos / benefícios e resultados esperados da AP. Apesar de, segundo NICE (2006) afirmar que não existe duração mínima de administração de AP, é aceite de uma forma geral na prática que os riscos da terapêutica sobrepõem-se aos seus benefícios se administrada menos do que 5 dias (ACI, 2010).

### **2.3. Vias de Administração de Alimentação Parentérica**

A escolha do dispositivo de acesso venoso correto para administração de AP é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados. E, segundo FLETCHER (2013), os fatores a ter em conta na decisão de seleção de cateter periférico ou central para administração de AP incluem:

- As necessidades nutricionais e de fluídos do doente;
- A condição clínica do doente;
- A duração da necessidade de AP;
- A disponibilidade de serviços adequados para a inserção de cateteres;
- Políticas e protocolos locais.

A ACI (2010) inclui ainda os riscos associados com o método de colocação de acesso venoso e as suas potenciais complicações, a facilidade de cuidado do acesso, o número de infusões, a história do doente (trombose, linfedema), osmolaridade e pH da solução e risco de infeção. Refere ainda que sempre que o tempo e as circunstâncias permitirem as opções dos diferentes dispositivos de acesso venoso devem ser discutidas com o doente.

#### **2.3.1. Acesso Venoso Periférico (AVP)**

As *guidelines* de AP recomendam a utilização de AVP apenas quando a solução parentérica apresenta uma osmolaridade inferior a 850 mOsm/L (PITTIRUTI et al, 2009). Assim sendo a prescrição de uma solução de baixa osmolaridade será também de baixo aporte calórico e desta forma adequado à maioria dos doentes por um curto período.

Segundo WILSON e BLACKETT (2012) a AP a curto prazo por AVP pode ser eficazmente administrada desde que o dispositivo seja selecionado e manuseado de forma apropriada.

#### **2.3.2. Acesso Venoso Central (AVC)**

As *guidelines* da ESPEN afirmam que a AP de alta osmolaridade requerem um AVC. O Cateter Venoso Central é o dispositivo de eleição para a maioria dos tipos de AP e permitem cobrir por completo as necessidades nutricionais do doente (SINGER et al, 2009). A rápida circulação sanguínea das veias centrais permitem uma maior concentração e maior aporte calórico da solução com um menor risco de tromboflebite. Apesar disso, o INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (2011) realça que a administração de AP por AVC inserido na veia femoral não é recomendável uma vez que existe um maior risco de infeção do cateter venoso central neste local.

Nos quadros seguintes são apresentadas as vantagens e desvantagens da administração de AP por AVP e AVC segundo FLETCHER (2013):

<b>Quadro 3 - Vantagens e desvantagens da AP por Via venosa periférica</b>	
<b><i>Vantagens</i></b>	<b><i>Desvantagens</i></b>
<p>Familiaridade da maioria dos profissionais em cuidar de doentes com cateteres venosos periféricos (CVP);</p> <p>Os enfermeiros podem realizar a canalização do acesso venoso periférico reduzindo o tempo de espera do doente;</p> <p>Usualmente fácil de inserir em áreas do internamento.</p>	<p>O doente deverá ter um acesso venoso adequado;</p> <p>Geralmente necessita de mudança de cateter a cada 24-48 horas (NICE, 2006);</p> <p>Geralmente não comporta as necessidades nutricionais e hídricas do doente;</p> <p>Risco de tromboflebite.</p>

<b>Quadro 4 - Vantagens e desvantagens da AP por Via venosa central</b>	
<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<p>Providencia acesso venoso duradouro e de confiança;</p> <p>Usualmente permite administração das necessidades nutricionais e hídricas do doente;</p> <p>Elimina a necessidade de venopunção repetida ou múltiplos cateteres associados à cateterização de um acesso venoso periférico.</p>	<p>Aumenta o risco de infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter;</p> <p>A inserção pode ser traumática para o doente;</p> <p>Riscos na sua inserção como pneumotorax.</p>

## **2.4. Riscos e Complicações**

Da literatura consultada os riscos e complicações da AP podem ser agrupadas em dois conjuntos: Associados ao acesso e metabólicos.

Associadas ao Acesso		Metabólicos	
<b>Pneumotórax, hemorragia e embolia gasosa (AVC)</b>	BRIDGETTE e BROGDEN (2004)	<b>Desequilíbrio Hidroelectrolítico e má nutrição</b>	BRIDGETTE e BROGDEN (2004)
	WILSON e BLACKETT (2012)		WILSON e BLACKETT (2012)
	LARSEN (2012)		LARSEN (2012)
	FLETCHER (2013)		FLETCHER (2013)
	DIAS DE MATOS (2004)		DIAS DE MATOS (2004)
<b>Flebite, tromboflebite e infiltração (AVP)</b>	BRIDGETTE e BROGDEN (2004)	<b>Hiperglicemia</b>	BRIDGETTE e BROGDEN (2004)
	WILSON e BLACKETT (2012)		LARSEN (2012)
	DIAS DE MATOS (2004)		FLETCHER (2013)
	ACI (2010)		DIAS DE MATOS (2004)
			ACI (2010)
<b>Sépsis (AVC)</b>	BRIDGETTE e BROGDEN (2004)	<b>Alterações hepáticas</b>	BRIDGETTE e BROGDEN (2004)
	WILSON e BLACKETT (2012)		WILSON e BLACKETT (2012)
	LARSEN (2012)		FLETCHER (2013)
	FLETCHER (2013)		ACI (2010)
	DIAS DE MATOS (2004)		
	<b>Síndrome de Realimentação</b>	LARSEN (2012)	
		ACI (2010)	

**Quadro 5 – Riscos e Complicações associados à Alimentação Parentérica**

Segundo MCCLAVE (2009) a glicemia sérica deverá manter-se entre 110-150 mg/dL.

## **2.5. Cuidados de Enfermagem ao Doente sob Alimentação parentérica**

### ***2.5.1. Administração de Alimentação Parentérica***

Considerando o elevado número de potenciais riscos e complicações associados com a AP, uma monitorização apertada é essencial para assegurar cuidados seguros. Os enfermeiros são centrais neste aspecto pois são os profissionais de saúde que irão administrar a AP e que são responsáveis pela monitorização diária da condição clínica do doente. A observação clínica regular e registos consistentes permitirão aos enfermeiros discutir as alterações com outros profissionais de saúde e assegurar uma ação atempada se necessário (FLETCHER, 2013)

Existem intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes no que diz respeito ao sucesso da terapêutica e suporte nutricional do doente sob AP em cuidados intensivos. DIAS DE MATOS (2004) realiza uma descrição das mesmas:

1. Informar o doente do procedimento;
2. Preparar o material necessário;
3. Lavar assepticamente as mãos;
4. Colocar máscara, barrete e bata esterilizada;
5. Abrir todo o material necessário e coloca-lo sobre o campo esterilizado;
6. Calçar luvas esterilizadas;
7. Preparar as soluções nutritivas;
8. Bolsas nutritivas compartimentadas:
  - 1) Tirar o invólucro exterior;
  - 2) Inspeccionar a integridade dos sacos e selos e utilizar apenas se as soluções de aminoácidos e glicose estiverem límpidas;
  - 3) Apertar ou enrolar o saco sobre uma superfície plana, rompendo os selos de segurança;
  - 4) Misturar, invertendo o saco várias vezes;
  - 5) Se necessário adições:
    - Utilizar a entrada específicas;
    - Introduzir os aditivos (1º fosfatos, 2º oligoelementos, 3º vitaminas)
    - Inverter várias vezes a bolsa;
9. Colocar a etiqueta autocolante de identificação depois de preenchida;
10. Conectar o sistema à embalagem da solução e retirar o ar do sistema;
11. Desinfectar a extremidade do lúmen do cateter da veia puncionada e conectar o sistema da AP;
12. Ajustar o ritmo de infusão;
13. Desinfectar com solução antisséptica a região de inserção do cateter;
14. Proteger e fixar o cateter;
15. Recolher material;

16. Retirar luvas e lavar as mãos;
17. Registrar o procedimento na folha de enfermagem;
18. Monitorizar os parâmetros vitais e despistar possíveis complicações.

Deve ser utilizada técnica asséptica rigorosa quando manusear o AVC e quando conectar a bolsa de AP para prevenir a contaminação e reduzir o risco de septicemia relacionada com o cateter. O sistema de infusão deverá ser mudado a cada 24 horas (NICE, 2012). A ACI (2010) acrescenta que a solução antisséptica a utilizar deverá ser clorhexidina 2%.

A luz e o calor podem influenciar a estabilidade química da AP. Vitaminas e lípidos são sensíveis à luz. A AP deve ser protegida da luz (ACI, 2010)

### **2.5.2. Monitorização do Doente**

FLEATHER (2013) destaca os parâmetros significativos de vigilância e monitorização do doente sob AP:

Observação da temperatura corporal, frequência cardíaca, tensão arterial, saturação de oxigénio e frequência respiratória (essenciais para detecção de sépsis), sinais de desidratação e de *overload* de fluídos;

Avaliação da glicemia sanguínea deve ser realizada no mínimo duas vezes por dia;

Registo de Balanço Hídrico preciso é essencial para interpretar a monitorização bioquímica e permitir que a equipa de suporte nutricional assegure que a prescrição de AP do doente vai de encontro às suas necessidades;

Monitorização bioquímica é essencial para a detecção de alterações hepáticas e síndrome de realimentação (magnesémia e fosfatémia devem ser incluídas se existir risco de síndrome de realimentação). É também essencial para assegurar quantidade corretas de fluídos e electrólitos administrados;

Monitorização nutricional através de medidas antropométricas básicas como o peso ou perímetro braquial;

Condição clínica geral do doente para detecção de alterações agudas como alterações do estado de consciência ou cognitivo (podem indicar síndrome de realimentação), pele (detecção de desidratação ou edema), inspeção frequente do AVC (detecção de sinais de infeção).

Segundo a ACI (2010) deve-se realizar uma monitorização dos seguintes parâmetros com as respetivas finalidades:

<b>Parâmetro</b>	<b>Finalidade</b>
<b><i>Ingestão nutricional (oral, entérica ou parentérica)</i></b>	Assegurar que o doente recebe os nutrientes apropriados/adequados para as suas necessidades e considerar de a AP se mantém apropriada.
<b><i>Balanço Hídrico</i></b>	Monitorizar o estado hídrico do doente e assegurar que este não está híper/hipohidratado.
<b><i>Peso</i></b>	Monitorizar o estado hídrico e determinar se os objetivos nutricionais estão a ser atingidos.
<b><i>Temperatura, Tensão Arterial, Frequência Cardíaca e Respiratória</i></b>	Monitorizar infecções e estado hídrico.
<b><i>Glucose</i></b>	Para determinar a tolerância à glucose e a necessidade de insulina.
<b><i>Sódio, Potássio, Ureia e Creatinina</i></b>	Função renal e estado hídrico e risco de síndrome de realimentação.
<b><i>Magnésio e Fosfato</i></b>	Risco de realimentação, depleção ou toxicidade.
<b><i>Enzimas Hepáticas e Bilirrubina</i></b>	Realimentação ou disfunção hepatobiliar.
<b><i>Proteína C-reativa</i></b>	Determinar a presença de reacção inflamatória aguda que podem alterar os resultados das proteínas, vitaminas e oligoelementos.
<b><i>Hemograma completo</i></b>	Indicador de infecção, sépsis ou anemia, perda sanguínea e ferro.

**Quadro 6 – Monitorização de parâmetros e finalidade**

### 3. Discussão e Conclusão

O suporte nutricional ao doente crítico tem como principais objetivos a preservação da massa corporal magra, manutenção da função imunológica e a prevenção de complicações metabólicas. Estes apresentam um desafio que pode ser realizado e monitorizado de forma rigorosa em cuidados intensivos.

A AP demonstrou-se como um grande avanço na área da terapêutica nutricional ao permitir assegurar um suporte nutricional adequado e próximo do requerido a doentes com patologias em que, até recentemente, lhes era impossível fornecer esse suporte em quantidade e qualidade de uma forma segura e evitando complicações. O enfermeiro assume um papel fundamental no controlo da AP, quer na sua preparação e administração como na monitorização do doente.

Apesar de a administração de AE precoce ser a primeira opção em doentes com o trato gastrointestinal intato, a apreciação multidisciplinar holística das necessidades do doente podem levar os profissionais de saúde a optar pela administração de AP a doentes que não seja espectável estarem sob alimentação normal em 3 dias ou que recebem menos do que a AE pretendida devem receber AP entre 24-48h após admissão na UCI se for contraindicada AE.

As indicações da AP podem ser inseridas em três grupos: Doentes em que o trato gastrointestinal não se encontra funcional ou se encontra a drenar, não possa ser acedido ou por impossibilidade de adequada nutrição por via oral ou entérica. Ainda assim deverá ser realizado um balanço dos riscos e benefícios bem como dos resultados esperados da administração de AP.

As vias de administração de AP devem ser seleccionadas tendo em conta diversos factores, sendo que um acesso venoso periférico deverá apenas ser utilizado a curto prazo e se a osmolaridade da solução parentérica for inferior a 850mOsm/L e por consequência de menor aporte calórico.

Os riscos e complicações da administração de AP podem ser associados ao acesso venoso como pneumotórax, hemorragia e embolia gasosa (AVC), Flebite, tromboflebite e infiltração (AVP) e sépsis, ou podem ser metabólicos (relacionados com a solução parentérica) como desequilíbrio hidroelectrolítico, má nutrição, hiperglicémia (a glicemia sérica dever-se-á manter entre 110-150mg/dL), alterações hepáticas e síndrome de realimentação.

Os cuidados de enfermagem ao doente sob AP verificam-se em todas as fases do processo. Quer na preparação e administração mas também na monitorização para a prevenção e/ou detecção precoce de complicações bem como para avaliação da eficácia da AP.

## 4. Bibliografia

- AGENCY FOR CLINICAL INNOVATION – Parenteral Nutrition Pocketbook: For Adults. Chatswood, 2010; [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em [http://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/159805/aci\\_parenteral\\_nutrition\\_pb.pdf](http://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/159805/aci_parenteral_nutrition_pb.pdf)
- ALMEIDA SANTOS, A. P. M. – Avaliação do Impacto da Criação de Unidades Centralizadas de Preparação de Nutrição Parentérica no Contexto Hospitalar – Universidade do Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Tese de dissertação de candidatura a grau de Mestre em Nutrição Clínica. 2009; [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/62563>
- BRIDGETTE e BROGDEN – Current Practice in administration of Parenteral Nutrition: venous access. *British Journal of Nursing*. Vol 13, Nº18 (2004), p.1068-1073; [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15564991](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15564991)
- DIAS DE MATOS, M. S. – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Necessidade de Nutrição Parenteral. *Referência*, Nº11 (2004), p.63-68; [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em [http://www.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2063&id\\_revista=5&id\\_edicao=10](http://www.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2063&id_revista=5&id_edicao=10)
- FLETCHER, J. – Parenteral nutrition: indications, risks and nursing care. *Nursing Standard*. 27, 46, 50-57. 2013; [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23987884](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23987884)
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - IHI Central Line Bundle: Optimal Catheter Site Selection, with Avoidance of the Femoral Vein for Central Venous Access in Adult Patients. 2011;
- LARSEN, S. - The Investigation of Parenteral Nutrition - Aotearoa (IPNA) – setting up the 1st phase of a clinical audit of the delivery of parenteral nutrition (PN) in New Zealand (NZ). Albany: Massey University. 2012; [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em <http://muir.massey.ac.nz/handle/10179/4254>
- MCCLAVE et al – Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient- Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N). *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 33:277. 2009. [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19398613](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19398613);
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH EXCELLENCE - Nutrition support in adults. Clinical Guideline. NICE, London, 2006; [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49269/>
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH EXCELLENCE - Infection: Prevention and Control of Healthcare-Associated Infections in Primary and Community Care. Clinical guideline n.139. NICE, London, 2012;
- PITTITURI, M. et al - ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Central Venous Catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications). *Clinical Nutrition*, 28(4), 365-377. 2009. [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19464090](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19464090);
- SANTOS, I. et al. - Caring: building a new history of sensibility - *Online braz j nurs.* 2012; 20(3). [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3774/html\\_2](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3774/html_2);
- SHILS, M.E.- Modern nutrition in health and disease. 10th ed. Vol. 1. 2006, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- SINGER, P. et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Intensive care. *Clinical Nutrition*, 2009, 28(4), 387- 400. [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19505748>;
- WILSON, N., & BLACKETT, B. - Parenteral nutrition: considerations for practice. *British Journal of Community Nursing* (2012), S16-19. [Consult. 28 Out. 2014] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23256320>.

## 2. ESTÁGIOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Durante este capítulo realizaremos, de uma forma cronológica, uma descrição pormenorizada das atividades que foram desenvolvidas ao longo dos estágios anteriormente referidos. Em cada subcapítulo, correspondente a cada módulo do estágio, preludivaremos de forma sintetizada na contextualização dos mesmos, avançando posteriormente, para a exposição das atividades desenvolvidas.

### 2.1. Módulo I – Serviço de Urgência

Este período de estágio inaugural remonta ao Módulo I – Serviço de Urgência que decorreu no Serviço de Urgência Geral (SUG) do HPPP que decorreu no período de 28 de Abril de 2014 a 21 de Junho do mesmo ano civil com uma carga horária de 180 horas de contacto e 70 horas de trabalho do estudante e corresponde a 10 ECTS. A escolha deste local de estágio deveu-se a este ser uma unidade hospitalar recente, inaugurada em 2010, e possuir uma equipa jovem e dinâmica, estando, por esse facto, receptivo à mudança e à implementação de estratégias de melhoria da qualidade, factor que se encontra também potenciado pela acreditação a que foi laureado pela *Joint Commission International* (JCI), empresa líder em acreditação internacional de organizações de saúde. Este hospital é de nível médico-cirúrgico, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, sendo por isso uma urgência que detém em permanência as valências de medicina, cirurgia e ortopedia o que permitiu a prestação de cuidados especializados, diferenciados, qualificados e urgentes a uma multiplicidade de pessoas em situação crítica.

O Despacho normativo n.º11/2002 de 6 de Março, descreve no seu artigo 1.º que “*os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas*”. Encontra-se então, estabelecido legalmente, de acordo com o Despacho n.º18459/2006 de 12 de Setembro, que se “*entende por emergência e urgência médica a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais*”.

O SU está situado no 2º piso e tem acesso direto do exterior estando repartido em sala de triagem, sala de reanimação (SR), sala de pequena cirurgia, seis gabinetes médicos, sala de tratamentos e sala de observações (SO) constituída por 18 boxes individuais e um quarto de isolamento. Possui ainda, apesar de fisicamente afastado e de funcionamento das 10h às 22h, uma área de urgência de ambulatório para onde são encaminhados todos os clientes que são triados como não urgentes ou pouco urgentes na especialidade de medicina. O SUG apresenta um conjunto de serviços clínicos diferenciados, de profissionais especializados e de meios necessários para dar resposta a todas as situações não programadas, podendo assim prestar assistência a clientes de carácter emergente, urgente e não urgente. Após observação, os utentes poderão ser atendidos neste hospital, ou caso se determine a necessidade de serem observados por outras especialidades, são encaminhados para o

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. De salientar ainda que, o SUG tem acesso rápido à Imagiologia, ao Bloco Operatório e à Unidade de Cuidados Intensivos.

Pelo facto do SUG ser um serviço de grandes dimensões, no início do turno o enfermeiro chefe de equipa distribui os enfermeiros pelos vários sectores de acordo com o número de utentes internados e as competências de cada um dos elementos. O enfermeiro chefe de equipa tem uma função de coordenação e gestão da equipa e do serviço, principalmente na ausência do enfermeiro chefe ou dos enfermeiros responsáveis, uma vez que não fica confinado a nenhum sector em específico e esse facto permite-lhe ter uma percepção global das necessidades do serviço ao longo do turno desenvolvendo as suas funções no sentido de as colmatar, não deixando dessa forma de prestar cuidados diretos aos clientes nos vários sectores onde seja pertinente.

Para nos movermos em direção ao objetivo supremo de aquisição de competências de uma prática clínica especializada foi delineado o seguinte objetivo geral:

- Aplicar conhecimentos e 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 centrados na Pessoa em situação crítica e sua família.

Com o intuito de prosseguir uma linha orientadora mais circunstanciada foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas no âmbito da prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica e sua família;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados e seguros, com recurso a competências técnicas, científicas e relacionais, à Pessoa em situação crítica vítima de trauma e sua família em contexto do Serviço de Urgência Geral (SUG);
- Contribuir para a melhoria da segurança dos cuidados de enfermagem no âmbito da abordagem à Pessoa em situação crítica vítima de trauma e sua família.

Para a obtenção dos propósitos acima demarcados procuramos prestar e fomentar cuidados de enfermagem seguros, de qualidade e humanizados tendo sempre o intuito de nos basearmos na evidência científica mais atualizada como fica descrito no subcapítulo subsequente.

### ***2.1.1. Cuidados de Enfermagem e Atividades Desenvolvidas em Serviço de Urgência***

É no contexto de prestação de cuidados a doentes e famílias em situação crítica, que diariamente os enfermeiros dos SUG afirmam a sua prática. Sheehy (2001) descreve que a enfermagem de urgência envolve uma diversidade acentuada de conhecimentos, de doentes com um espectro alargado de idades, de processos de doença, de problemas reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais, exigindo dos profissionais um conjunto ímpar de competências. Durante este estágio tivemos oportunidade de prestar

cuidados de enfermagem ao doente e família em todas as valências do SUG: Sala de Triagem, Sala de Reanimação (SR), Sala de Tratamento/Balcão de Atendimento Geral (BG), Sala de Pequena Cirurgia e Sala de Observação(SO).

Essa situação clínica de instalação súbita apresenta-se, acima de tudo, como uma transição saúde/doença na Pessoa e a sua unidade familiar. Chick e Meleis (1986, p. 239-240) definem transição como *“A passagem de uma fase da vida, condição ou status para outra (...) refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta”*. Desta forma, a interação entre a Pessoa e o ambiente resulta em processos transitórios de adaptação contínua aos quais designamos transições. A teoria de médio alcance de Meleis e colaboradores defende que o papel fundamental dos enfermeiros enquanto prestadores de cuidados de excelência, às pessoas, grupos e comunidades, é a facilitação e gestão das transições que estes experienciam, procurando com a formulação desta teoria orientar a prática da Enfermagem (Meleis, 2010). A Pessoa necessita de cuidados de enfermagem quando, por si só, não consegue desenvolver o seu projeto de saúde, seja por défice de capacidade, conhecimento ou vontade, ou devido à fase de desenvolvimento em que se encontra, ou mesmo devido à doença que a assola (Vieira, 2007). Assim, compete-nos ser um elemento dinâmico e potenciador na facilitação dos processos de transição que as pessoas vivenciam, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados.

Afai Meleis (1991) contribuiu de forma significativa para definir o contributo da Enfermagem no cuidar da Pessoa em situação crítica. Para esta autora, o propósito da Enfermagem é apoiar as pessoas nas situações de transição ou em antecipação de uma transição, como por exemplo nos casos de acidente ou de doença aguda/crónica com vista ao bem-estar.

A Teoria das Transições defendida por Meleis entende também que as condições pessoais, da comunidade e da sociedade onde o indivíduo está inserido, facilitam ou inibem os processos de mudança. A potencial instabilidade resultante dos acontecimentos ou não acontecimentos para a Pessoa, de natureza desenvolvimental, situacional, organizacional e de saúde/doença, justificam a intervenção dos enfermeiros.

Em contexto de serviço de urgência a Pessoa experiencia uma transição saúde-doença, potencialmente em situação crítica, organizando-se a interação enfermeiro-doente em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou/e facilitar a saúde. Agindo principalmente neste tipo de transições, os enfermeiros dos SU, devem considerar mais que o bem-estar físico ou psicológico da Pessoa em situação crítica dado que o conceito de Pessoa em situação crítica deve ser mais abrangente, contemplando a Pessoa como um todo e não colocar a ênfase nos aspetos biológicos e tecnológicos.

Os cuidados de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, além de permitirem manter as funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades (OE, 2001), facilitam ou inibem os processos individuais para satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da Pessoa cuidada e de acordo com o que isso representa para ela (Meleis, 1991).

Uma vez que este percurso de desenvolvimento de competências marcou presença em todos os sectores do SUG, onde tivemos oportunidade de prestar cuidados à Pessoa e sua família, torna-se premente realizar uma descrição sucinta de cada um dos mesmos e assim apresentamos alguns elementos definidores e atividades desenvolvidas nos mesmos:

A **triagem** é aquilo que descrevemos como “a cara” do SUG. É neste sector que ocorre o primeiro contacto da Pessoa com os prestadores de cuidados e, é aqui que lhes é atribuído um nível de gravidade à sua situação consoante as suas queixas principais. Desta forma, a Pessoa é avaliada, triada e encaminhada pelo enfermeiro para a respectiva especialidade. É neste sentido que está implementado o sistema de triagem de Manchester. Esta demonstra-se como uma atividade que se mune de um forte anonimato prático no nosso percurso profissional mas não tão obscura de uma forma académica. Por força das circunstâncias o nosso tempo de contacto com este sector foi a menor parcela deste estágio. Mas, como é intrínseco à natureza Humana a curiosidade pelo desconhecido, não foram raras as vezes que, sempre que se verificava a oportunidade, participávamos na triagem dos doentes.

Triámos os doentes atendendo aos sinais, sintomas, à descrição realizada pelo mesmo e aos descritores presentes no sistema informático (constituídos por um algoritmo de cinquenta e dois fluxogramas relativos à situação apresentada pela Pessoa), procedendo a uma rápida avaliação da Pessoa e determinando o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para que esta seja passível de observação médica com uma de cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

O sistema de triagem tem o propósito de garantir um atendimento urgente, eficaz e eficiente. Como refere Diogo (2007), este método tem como objetivo que os utentes não sejam observados pela ordem de inscrição, mas sim de acordo com a gravidade da queixa apresentada, assegurando assim uma rápida resposta aos doentes de alto risco. Esta metodologia visa assegurar uma rápida resposta às situações urgentes e emergentes e gerir com o máximo rigor possível, do ponto de vista clínico, o tempo de atendimento, contribuindo para uma melhor gestão do tempo de espera como é referido no documento do Ministério da Saúde (2006).

Para Ganley e Gloster (2011), a triagem deve ser realizada de modo a que o processo de avaliação das queixas do doente, do seu familiar e/ou do profissional de saúde que o acompanham seja feita de forma concomitante com a observação do aspecto geral, da via aérea, da respiração, da circulação, da incapacidade, dos fatores ambientais e da história em relação ao problema precipitante da ida ao SUG.

Neste posto é fundamental possuir um conjunto de características que permitam desempenhar este papel com eficácia, eficiência e competência, nomeadamente, experiência vasta em contexto de urgência, conhecimento de técnicas de comunicação, capacidade de observação e análise. Sheehy (2001, p. 125) menciona que “a *experiência orienta o enfermeiro na identificação dos sistemas que devem ser examinados em função das queixas do doente*”.

A prática competente, tal como é definida por Benner, traduz-se na realização de juízos clínicos e na implementação de intervenções de enfermagem competentes, não estando estas diretamente relacionadas com a maior ou menor capacidade psicomotora demonstrado pelo enfermeiro (Brykczynski, 2004).

O trabalho de Patricia Benner apoia-se no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus e Dreyfus de 1980, este modelo preconiza a passagem por cinco níveis distintos: o iniciado, o iniciado avançado, o competente, o proficiente e o perito. Estes diferentes níveis representam alterações que ocorrem aquando da aquisição de competências, sendo expectável, segundo Benner (2001) que:

- Haja uma passagem da utilização de regras e princípios abstratos para a valorização das vivências e experiências passadas;
- A confiança no pensamento analítico dê lugar à confiança na própria intuição;
- Haja uma mudança na capacidade de ver o fenómeno enquanto partes separadas entre si, para conseguir ver o todo na sua complexidade desenvolvendo a perspicácia para destacar os aspetos mais importantes;
- Desenvolva uma posição de observador afastado da situação, para o envolvimento e empenhamento na situação.

Estes mecanismos de transformação e de crescimento do desempenho dão importância à experiência, já que quando esta cresce, o conhecimento ultrapassa a primazia do saber teórico, passando a ser uma mistura de saberes teórico-práticos. A perícia profissional cresce com as experiências e do seu confronto com as possibilidades enunciadas pelos princípios (Brykczynski, 2004).

É neste contexto que afirmamos que, para uma prática competente neste posto do SU, a capacidade intuitiva e perspicácia para se focalizar nos aspectos mais importantes que advêm da experiência, ultrapassando muitas vezes os algoritmos preconizados pela triagem conferem uma *praxis* de maior segurança e qualidade em prol da Pessoa.

Posteriormente a este processo de priorização de doentes urgentes e emergentes orientámos a Pessoa para o local de concordância com a cor da prioridade conferida. Assim:

- Cor azul e verde aguardavam a chamada ao atendimento geral na sala de espera;
- Cor amarela encaminhávamos para a sala de espera destinada a doentes triados com a prioridade amarela que se encontrava numa divisão contígua ao balcão de atendimento geral

onde teriam uma vigilância mais relevante. O mesmo sucedia na eventualidade de terem mobilidade reduzida, em maca ou se o nosso juízo, intuição ou experiência assim o indicassem. Desta forma, se a Pessoa necessitasse de alguma intervenção de uma forma mais célere do que a indicada pelo sistema de triagem, a resposta tornar-se-ia mais atempada. Esta verifica-se como uma situação ocasional mas de relevo para o fortalecimento da tomada de decisão autónoma, crítica e reflexiva do enfermeiro e que sustenta a teoria de que os algoritmos servem de orientação não em *stricto sensu* mas devem ser suportados pela inteligência, experiência e raciocínio Humano, condição *sine qua non* para uma prestação de cuidados de qualidade e fomentação dos *outcomes* em saúde para a população.

- Cor laranja ou vermelha significa que o doente tem entrada direta para a sala de reanimação sendo a própria triagem realizada no local.

Assim, detivemos a incumbência de, pela triagem realizada, determinar a criticidade da Pessoa tendo em conta os seus sinais e sintomas por forma a definir a necessidade de cuidados, consagrando primazia às situações emergentes e urgentes. Desta forma possibilitámos um desenvolvimento da prestação de cuidados competente e eficiente que considera os dados objetivos e subjetivos que são apresentados pela Pessoa. O tempo empregue neste sector possibilitou o desenvolvimento de competências de assertividade comunicativa, intelectual e reflexiva por forma a avaliar a gravidade e o risco da Pessoa em situação crítica e assim permitir uma atuação de maior eficiência indo de encontro às necessidades da mesma.

Após ser triado, o utente é encaminhado para ser observado pela respectiva especialidade médica que poderá dar indicação para a realização de tratamentos, exames complementares de diagnóstico ou permanecerem em observação com o intuito de comprovar o efeito do tratamento ou aguardar resultados dos exames laboratoriais sendo desta forma que o utente é conduzido para a **Sala de Tratamentos / Balcão de Atendimento Geral (BG)**. Este é constituído por dois gabinetes de inalatórios, uma sala “*open-space*” com capacidade para cerca de 15-20 camas e um gabinete de tratamentos.

Este sector caracteriza-se por um fluxo de doentes rápido e abundante que necessitam de cuidados e tratamentos num curto espaço de tempo. Apesar do referido, a nossa atuação apresentou como intento um atendimento ágil e de qualidade, tendo como fim a recuperação do estado de saúde da Pessoa. Neste sentido foi sempre avaliada o mais precocemente a Pessoa, de modo a poder estabelecer prioridades convergindo numa tomada de decisão ponderada e de acordo com suas as necessidades. À entrada e após a validação do motivo de vinda ao SUG, a nossa intervenção, embora que recaindo predominantemente em atividades interdependentes, caracterizava-se pela realização do exame físico e anamnese, bem como a avaliação de sinais vitais, colheita de amostras sanguíneas com inserção e manutenção de acesso venoso permeável, promovendo desta forma a celeridade do processo de observação clínica com o intuito de agilizar o processo de prestação de cuidados.

As intervenções de enfermagem interdependentes são introduzidas pelo médico no programa informático Glintt® que apresenta interface com a área de trabalho informática do enfermeiro e lhe fornece informações das intervenções a realizar evitando assim o extravio da informação e aumentando a rapidez com que esta é transmitida, reduzindo o tempo de espera do utente. Aqui realizámos os mais variados procedimentos como algaliação, entubação nasogástrica, cateterização de acesso venoso periférico, administração de terapêutica, colheitas de produtos para análise ou mesmo suporte básico e avançado de vida.

Apesar da profusa afluência de pessoas neste sector, assume papel fulcral a promoção do conforto da Pessoa bem como da sua família pelo que, promovemos, sempre que possível, o envolvimento do elemento significativo na prestação de cuidados e satisfação das necessidades da Pessoa. Através do conhecimento da cultura e hábitos de vida individuais facilitados pelo seu acompanhante, foi-nos proporcionado o estabelecimento de uma relação de ajuda e, desta forma, pudemos implementar um plano de cuidados personalizado e centrado nas necessidades reais da Pessoa. Essa relação de ajuda permitiu a realização de momentos de promoção e educação para a saúde com o intuito de fomentar ganhos em saúde com o potenciar uma maior eficácia na adesão ao regime terapêutico.

A situação de saúde-doença experienciada pela Pessoa, provoca sofrimento que cabe ao Enfermeiro confortar. Deste modo a nossa atuação dirigiu-se sempre no sentido da promoção do conforto concomitantemente com o alívio da dor que, de uma forma redundante, apresentam-se como dois conceitos indissociáveis. À semelhança dos restantes sinais vitais, por nós avaliados regularmente, também a dor, enquanto sinal vital, era avaliada com base na abordagem do *PQRST* (Powell et al., 2010): **P** - Fatores Precipitantes (o que provoca ou palia); **Q** - Tipo de dor (características qualitativas); **R** - Localização e irradiação; **S** - Severidade/Intensidade ; **T** - Tempo/Duração da dor.

Desta forma eram realizadas intervenções autónomas como o posicionamento em decúbitos mais confortáveis ou a massagem terapêutica, mas também por intervenções interdependentes como a administração de terapêutica farmacológica.

Apoiamo-nos na visão de Kolcaba (2003), em que o conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental), como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto, ou seja, é uma experiência imediata e holística fortalecida através da satisfação das necessidades de conforto no contexto duma experiência específica. A dor representa então, um dos indicadores de compromisso do conforto da Pessoa na sua dimensão física.

Segundo Ribeiro (2012), sentir-se confortado é uma experiência de âmbito holístico e multi-dimensional definida como bem-estar global. Apresenta a significância de obter/ter alívio/ausência de desconfortos variados, sentir-se/ficar melhor, obter tranquilidade,

(satisfação, sentir confiança, consolo) obter transcendência (ganhar autonomia/capacidade, controlo e auto-estima), sentir-se ajudado/cuidado (satisfação das Necessidades humanas básicas) e valorizado/bem querido (sentir carinho, afecto, atenção, bondade/amor e simpatia) encontrando sentido na natureza holística da experiência de conforto (Oliveira, 2011). Assume uma dimensão contextual balanceada em mais que um contexto, na medida em que a experiência foi simultaneamente física, psico-espiritual e também sociocultural (Kolcaba, 2003).

Assim, o cuidado que conforta, como afirma Ribeiro (2012), é definido como um processo social, multicontextual, integrador, individualizado e subjetivo, que lida com múltiplas variáveis dinâmicas e assume uma lógica de compromisso, intencionalidade e mutualidade na continuidade, assente num modelo integral de acompanhamento da Pessoa a partir da totalidade do ator que cuida com a totalidade da Pessoa cuidada.

Na satisfação das necessidades da Pessoa e na promoção do seu conforto, através de uma prestação de cuidados alicerçada no compromisso, zelo e qualidade, desenvolvemos um cuidado que conforta, um cuidado que proporciona bem-estar, um cuidado que cuida, com o intuito de potenciar o mais rapidamente possível a autonomia e independência da Pessoa. Foi no BG que sentimos maior necessidade de investimento formativo e criativo inicial como iniciado avançado que me vi uma vez que *“necessitava de ser enquadrado no contexto da prática clínica”* (Benner, 2001, p. 52). Exemplo do referido é o facto de, resultante da necessidade de termos algum controlo sobre motivo de entrada da Pessoa no SUG, dados pessoais, antecedentes, dispositivos médicos e necessidades de cuidados, foi importante a criação de algumas estratégias, como o desenvolvimento de uma “folha de ocorrências” onde era apontada a informação necessária e pertinente relativa a cada doente. Esta revelou-se como uma estratégia eficaz para uma maior eficiência pessoal na prestação de cuidados e consecução dos objectivos de que se reveste uma sala de tratamentos.

Não obstante do que anteriormente foi exposto acerca da celeridade e rapidez de tratamento, consideramos que a comunicação e o estabelecimento, ainda que breve, de uma relação de ajuda intencional e profissional com a Pessoa e família assumem um papel fundamental num Serviço de Urgência. Desta forma, e tendo em consideração todos os sectores do SUG por onde passámos, o contributo da teoria de Peplau foi inequívoco nas quatro fases da relação (orientação, identificação, exploração e resolução) onde se desenrolam os vários papéis de pessoa estranha, pessoa de recurso, professor, líder, substituto e conselheiro (Peplau, 1991)

A demonstração desse facto suporta-se no caso de um doente com 78 anos de idade que vinha acompanhado pela filha devido a uma perda ponderal considerável num curto espaço de tempo e mal estar generalizado e inespecífico. Aquando da colheita de sangue para análise laboratorial e inserção de cateter venoso periférico, o senhor demonstrou-se sempre bastante comunicativo e, consciente de todos os predicados esperados da prestação de cuidados do enfermeiro, foi por ele assinalado, o nosso bom humor, profissionalismo, competência e comunicação desenvolvidos que se demonstraram como um auxílio para o

estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica e intencional. Durante o tempo de espera pelo resultado das análises e dos meios complementares de diagnóstico, sempre que possível o senhor ou a sua filha dirigiam-se a nós no sentido de procurarem informações. Em dado momento, após sair do gabinete de observação médico, o doente e a sua filha vêm na nossa direção com um semblante triste e com lágrimas que fugiam pela face. Ao que a filha do senhor diz: *“Enfermeiro, estávamos tão bem dispostos e animados e afinal o meu pai terá que ficar internado. O médico disse que já não há nada a fazer... ele tem um cancro em fase terminal...”*. O senhor não conseguia falar, apenas chorava. E a postura assumida por nós foi a de proporcionar o maior conforto possível acompanhando o doente, demonstrando que não estaríamos sozinhos e esclarecendo todas as dúvidas que estes pudessem apresentar. Foi permitido que a filha acompanhasse o doente até este ter todas as diligências necessárias para ser internado e durante esse tempo sentimos que era ali que se desenvolvia a necessidade da Pessoa e da sua família pela nossa formação de especialidade e permanecemos com eles. Durante esse tempo, e numa velocidade de alteração de papéis vertiginosa, desenvolvemos as quatro fases da relação de Peplau.

O desenvolvimento de competências comunicacionais para o estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica e intencional com a Pessoa apoiou-se em conhecimentos de técnicas de comunicação. Na perspectiva dos autores Bertone et al. (2007), a comunicação deve fazer parte fundamental do exercício profissional do enfermeiro, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da Pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem. Para Teixeira (2004), a qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes encontra-se relacionada com a maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos, facilitação de escolhas complexas em saúde e na doença, adaptação à doença e qualidade de vida, comportamentos de adesão e comportamento de procura de cuidados.

Bertone et al. (2007) referem que a comunicação no âmbito da saúde precisa ser terapêutica, pois objectiva o cuidado e através deste favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela Pessoa cuidada. A comunicação terapêutica segundo Stefanelli (2005) é a competência do profissional de saúde em usar conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia.

No contexto das relações enfermeiro/doente as competências e as perícias de comunicação são factores determinantes no processo de comunicação/interação e por isso torna-se importante que os enfermeiros aprendam, desenvolvam e, sobretudo, implementem nas suas praticas, perícias de comunicação nas interações comunicativas mais complexas e delicadas.

Como refere Saraiva (2003), pensar nas práticas de enfermagem, numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, envolve o reconhecimento da importância da comunicação no campo das relações interpessoais.

Millar (1996) Cit. por Hesbeen (1997) no seu estudo referente às expectativas dos doentes relativamente aos enfermeiros, a comunicação foi considerada como sendo primordial na relação enfermeiro/doente. Neste estudo algumas das expectativas dos doentes relativamente aos enfermeiros no que respeita á comunicação, foram as seguintes: Ter amabilidade de se apresentar; Explicar-lhes os tratamentos e dizer-lhes se obtiveram resultados; Despende o tempo que for preciso para falar com eles e se necessário dar-lhes explicações; Mostrar-se conscienciosos e abertos às suas perguntas; Informá-los todos os dias dos cuidados programados; Mostrar coerência quando se trata de os informar; Responder aos seus chamamentos e aos seus pedidos dentro de um período razoável; Informá-los sobre as consequências da doença que os afecta; Responder as suas perguntas e satisfazer as suas necessidades, mas também saber prevê-las; Dar-lhes a sensação de que são realmente escutados e interessar-se pelos seus problemas e suas preocupações; Dizer-lhes claramente aquilo que têm ou não direito a esperar.

A competência do enfermeiro em comunicar verbalmente com o doente está associada a várias dimensões dos cuidados. Segundo Phaneuf (2005) quando este está em interação com o doente deve exprimir-se de maneira a ser compreendido e fazer aceitar o que ele quer transmitir. Para isso a sua maneira de exprimir-se deve ser de forma simples, clara, breve, concisa e em ligação com o tema principal a desenvolver, apropriada ao tempo e às circunstâncias e adaptável às reações do doente.

Riley (2004) refere que o enfermeiro na implementação do processo de enfermagem deve recorrer a técnicas de comunicação terapêuticas como a escuta, silêncio, orientação, comentários abertos, redução da distância entre enfermeiro e doente, consideração da importância do doente na relação, recapitulação, reflexão, clarificação, validação consensual, focalização com o intuito de ajudar o doente a desenvolver uma ideia, síntese e planificação mútua da finalidade e direcção das interações futuras.

Na interação com os doentes, segundo Silva (2005) o enfermeiro deve estar atento aos diferentes tipos de comunicação não verbal, cinésica (aparência física, a sua maneira de estar, de olhar, entre outros factores), proxémica (espaços interpessoais, a distância mantida entre os participantes de uma interação, o toque), táctica (o toque, não só como instrumento de sensação, mas também como expressão de afectividade) e paralinguagem ou paraverbal (o tom de voz, a ênfase dada a determinadas palavras, os grunhidos, o choro e os soluços que utilizamos ao falar, o silêncio entre outros, são comportamentos paraverbais do doente indicadores ricos de significados) e aperceber-se de emoções e reações dos doentes que deve aprender e reconhecer.

Foi através destas estratégias que procurámos estabelecer uma comunicação terapêutica e relação de ajuda com a Pessoa e sua família, sempre que a situação e a circunstância o

permitia, uma vez que partilhamos da opinião de Stefanelli (2005) quando esta considera a comunicação como uma das componentes centrais da área de saúde, referindo que a comunicação, saúde e enfermagem são três conceitos que se interpõem, de tal forma que não se pode falar em saúde e enfermagem sem nos reportarmos à comunicação. A comunicação é o eixo integrador entre os cuidados, ensino e pesquisa em enfermagem uma vez que nos permite exercer a profissão como ciência e arte, de forma integrada, favorece a integração do ser pessoa com o ser profissional, é a essência do cuidado humano e é fundamental na educação em saúde e principalmente é essencial à saúde da Pessoa traduzindo-se no envolvimento desta no seu próprio plano de cuidados.

Assumindo uma extremidade oposta na linha de domínio contextual de método de trabalho de enfermagem, a **Sala de Observação (SO)** verificou-se como o sector que, nesta circunstância de serviço de urgência, mais se assemelha ao contexto da minha prática profissional, uma vez que assume a forma de um serviço de internamento que recebe os doentes transferidos da sala de emergência ou da sala de tratamento, com o desígnio de estabilizar a sua situação clínica e serem à posteriori encaminhados para os diferentes serviços e valências deste hospital, apresentando assim a grande distinção dos serviços de internamento propriamente ditos: a sua rotatividade de utentes.

Apesar do facto anteriormente referido, aquando da sua admissão no SO, o utente já tem uma hipótese diagnóstica ou mesmo um diagnóstico definido e é nesta fase que é implementado o método individual de cuidados de enfermagem. Este sector do serviço de urgência permitiu-nos assim ser responsável pela totalidade dos cuidados prestados ao utente tendo por base o conceito de cuidado global e a sua organização integrada e centrada na Pessoa em situação crítica e sua família.

Por casualidade, a nossa passagem pelo SUG do HPPP coincidiu com a implementação da documentação do processo de enfermagem em linguagem CIPE versão 2®. Considerando a nossa familiaridade com esta linguagem e realização do plano de cuidados de enfermagem neste formato, consideramos ter sido uma mais valia para a sua implementação e consolidação oferecendo juízos, promovendo a discussão entre os colegas e chefias, esclarecendo dúvidas e maximizando a eficácia, eficiência e uniformização que se pretendem com esta configuração da documentação do processo de enfermagem.

A par da Sala de Tratamentos e SO a grande parte do tempo permanecido no SUG foi na **Sala de Reanimação (SR)**. Este é um local que floresce em nós a mais variada panóplia de sentimentos de uma forma mais frequente e intensa. É um local especial que se envolve de uma mística inebriante e em que, numa visão pessoal, o trabalho em equipa assume contornos artísticos qual *performance* colocada em cena pelos mais talentosos executores quando realizado numa sincronia, entendimento, *timing* e eficácia arrepiantes permitindo assim uma atuação de excelência digna da mais prestigiada e meritória condecoração oferecida pela satisfação das necessidades próprias, urgentes e emergentes, da Pessoa em situação crítica.

A SR é um espaço com capacidade para uma maca e totalmente provido de equipamento para a abordagem primária à Pessoa em situação crítica. Esta abordagem caracteriza-se pelo estabelecimento de prioridades com o intuito de identificar e tratar o compromisso de funções vitais ou lesões que poderiam colocar em risco imediato a vida da Pessoa. Esta é realizada através da avaliação sistematizada ABCDE (Nolan et al., 2010): **A** - (Airway) - Vias aéreas (com controlo da coluna cervical em situações de trauma); **B** - (Breathing) - Respiração e Ventilação; **C** - (Circulation) - Circulação (com controlo da hemorragia, se presente); **D** - (Disability) - Exame neurológico sumário; **E** - (Exposure) - Exposição a fatores externos com controlo da hipotermia.

Neste domínio a atuação da enfermagem especializada munuiu-se de uma determinação adequada de prioridades que permitiram um planeamento e atuação de cuidados adequados e pertinentes perante as necessidades da Pessoa em situação crítica naquele ponto cronológico.

Tendo em conta o referido, demonstrou-se pertinente a sensibilização dos enfermeiros para a realização dos registos de enfermagem em Sala de Reanimação através deste encadeamento de avaliação e tratamento ABCDE. Não apenas para uma documentação das intervenções de enfermagem de uma forma sequencial e metodológica mas também para a promover na sua atuação durante a prestação de cuidados ao doente crítico e assim maximizar os *outcomes* das nossas intervenções perante situações de ameaça vital e potencialmente irreversíveis.

Para além da prestação de cuidados ao doente crítico no seio da equipa multidisciplinar que constituiu a atuação em Sala de Reanimação, por diversas vezes colaborámos com o enfermeiro que estava responsável pela sala de reanimação, nos primeiros turnos sob a sua supervisão e mais tarde de forma independente, quer na verificação da *checklist* de materiais e medicação inerentes à mesma, quer na reposição dos mesmos, bem como na verificação de todo o equipamento de suporte à monitorização, desfibrilhação e ventilação.

Por diversos momentos, e em todos os sectores por onde tivemos a oportunidade de passar durante este estágio, existiu a oportunidade de prestar cuidados diferenciados e especializados à Pessoa em situação crítica. Doentes com patologias do foro cardíaco como insuficiência cardíaca, síndrome coronário agudo e/ou disrítmias até mesmo em paragem cardiorespiratória. Nesses momentos demonstrou-se como valioso contributo quer a nossa formação de base e pós-graduada, quer a nossa experiência profissional. A atuação na antecipação do agravamento do estado de saúde do doente, o conhecimento profundo dos algoritmos de intervenção e tratamento e a convivência frequente com as suas necessidades próprias de cuidados de enfermagem assumiu-se como uma mais valia nesta constante durante este período de estágio.

A orientação deste estágio para a área da abordagem à Pessoa em situação crítica vítima de trauma prendeu-se a diversos factores que, no seu agregado, se demonstraram como uma oportunidade formativa pessoal e do SUG. A nível de formação pessoal esta era uma área

que até então se revestia de uma sombra no nosso espectro de conhecimento da prática profissional, o que nos levou a querer aprofundar o domínio sobre a temática e, uma vez que os doentes vítimas de trauma grave careciam de assistência de uma especialidade não contemplada pelo nível de acolhimento em situações de urgência do HPPP, eram estabilizados e posteriormente transferidos para o hospital onde exercemos funções, existindo a oportunidade de podermos realizar a ponte nos cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado e sua família entre ambos os serviços de urgência. No que diz respeito às necessidades do SUG, este tema foi uma das necessidades formativas mais referenciadas pelos enfermeiros num estudo onde 66% dos mesmos sentiram carências sobre cuidados ao doente politraumatizado segundo Kadic (2011). A par desse facto, num levantamento das necessidades do serviço, em conversa formal com o Enfermeiro Chefe e orientador de estágio, foi um dos temas que me foi proposto.

O Trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbidade em todo o Mundo, incluindo Portugal e existem inúmeros factores que predispõem a complicações decorridas do trauma como: a demora no diagnóstico, transporte inadequado, dificuldades de diagnóstico por incongruência das lesões externas com a possibilidade de lesões internas, falta de identificação das ações de intervenção, a falta de comunicação entre as equipas pré-hospitalar e hospitalar. Assim, tal como para o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e a Sépsis, para o Trauma também existe um conjunto de atitudes e ações que, quando realizadas em tempo útil, diminuem a morbidade e mortalidade dele decorrido. Sabe-se que, atualmente, intervenções precoces e corretas podem melhorar de uma forma significativa o prognóstico destes doentes (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Massada (2002) refere que o Trauma é uma causa de morte potencialmente evitável. Existem por isso diversos factores de risco onde é possível atuar e assim diminuir o número de acidentes e lesões não intencionais. Estima-se que cerca de 27% das mortes por trauma sejam evitáveis, ocorrendo 60% por assistência inadequada, maioritariamente por falhas de manuseamento, lesões da via aérea e tórax como referem Coimbra et al. (1998)

Segundo a American Trauma Society (2011), entende-se por trauma qualquer acontecimento, acidental ou intencional, que ameaça a vida humana e que cause lesões ou alterações no organismo sendo o politraumatizado definido como todo o doente vítima de acidente com duas ou mais lesões traumáticas graves: traumatismo crânio-encefálico, lesão facial, vertebral, torácica, abdominal, pélvica e extremidades ou que necessite de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos.

O nosso percurso durante o estágio orientou-se, mais especificamente, para a prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica vítima de trauma e família, não nos afastando do objetivo primário que se prendia com a Pessoa em situação crítica e sua família em toda a sua globalidade e, ainda que de aparência antagónica, a sua especificidade e individualidade. Tivemos oportunidade de acompanhar e prestar cuidados à Pessoa vítima de trauma e a sua família desde o momento da sua entrada, quase sempre direta para a Sala de Reanimação,

onde procurámos, de forma progressiva, desempenhar o papel de *team leader* aquando da abordagem inicial, secundária, transferência de maca e técnicas de imobilização, na ida para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, Sala de Tratamentos, SO e finalizando com a sua transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos ou transferência hospitalar. Para esse efeito foi necessária uma extensa pesquisa bibliográfica pertinente, científica e atualizada para que possuíssemos um profundo domínio dos conhecimentos científicos e pudéssemos, da mesma forma, contribuir para a prestação de cuidados de qualidade da equipa de enfermagem através de indicações sustentadas na clareza científica para a uma prática baseada na evidência, aproximando a teoria da prática nos cuidados de enfermagem.

A qualidade dos cuidados de enfermagem implica a prestação de bons cuidados, e segundo Hesbeen (2001) pode ser entendida como o melhor, a perfeição ou a excelência. No entanto, o mesmo autor acrescenta que o conceito de qualidade, numa linha em evolução contínua, é vago e muito subjetivo, podendo a qualidade de uma mesma situação de cuidados ser apreciada de modos diferentes tendo em conta os contextos sociais, familiares, jurídicos, culturais, económicos e organizacionais. A prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a Pessoa está a viver, requerendo uma atenção particular para com as pessoas e da utilização de vários recursos pelos profissionais. Nesta linha de pensamento, a OE (2001) afirma que os cuidados de qualidade significam coisas diferentes para diferentes pessoas, sendo que o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para prosseguir os mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

Através da observação e reflexão acerca da *praxis* que envolve os cuidados à Pessoa em situação crítica vítima de trauma e sua família, da pesquisa bibliográfica, anteriormente já referida, sobre o tema e de conversas informais com o Enfermeiro Orientador, com os enfermeiros do SUG e do hospital de destino para onde os doentes vítimas de trauma grave eram transferidos, surgiu a necessidade de articular e otimizar alguns procedimentos para um incremento na qualidade e excelência dos cuidados prestados à Pessoa vítima de trauma e família. Os pontos focados foram então a abordagem à Pessoa em situação crítica vítima de trauma, técnicas de imobilização, registos de enfermagem com informação pertinente, precisa, sistematizada e segura que acompanhasse o doente para a unidade hospitalar para onde é transferido. Com vista à excelência na prestação de cuidados de enfermagem e para a sua continuidade realizámos a ação de formação com o título “Cuidados de Enfermagem ao Doente Politraumatizado” (APÊNDICE I) que foi apresentada em quatro momentos distintos para um maior alcance de quórum dos profissionais do SUG.

A Ação de formação expositiva, descritiva e ativa “Cuidados de Enfermagem ao Doente Politraumatizado” teve como objetivos a sensibilização para a abordagem primária e secundária à Pessoa em situação crítica vítima de trauma, identificação, descrição e treino de tipos e técnicas de imobilização (Estabilização cervical com alinhamento manual; Colocação do Colar Cervical; Rolamento; Levantamento; Maca Pluma (“Scoop”); Imobilização e tempo

de permanência em Plano Duro; Imobilização em Maca de Vácuo (“Coquille”); Mudança de Maca em Hospital) e registos de enfermagem (em área ambulatoria e SO) fomentando a partilha de ideias e experiências e realizando também enfoque nas ações que o enfermeiro poderia desenvolver para a prestação de cuidados à família. Foi realizado um plano de formação (APÊNDICE II) e uma folha de avaliação da ação de formação a preencher pelos formandos (APÊNDICE III) e outra por nós (APÊNDICE IV).

A assiduidade dos enfermeiros ao conjunto das quatro ações realizadas foi elevada tendo em conta que mais de metade dos mesmos assistiram à mesma e a avaliação da satisfação realizada pelos formandos situou-se nos vários domínios no “muito bom” e “excelente”.

Na situação de formador é interessante salientarmos alguns aspectos mais positivos e salutareis tais como a participação e interesse dos mesmos durante as sessões, o facto de se terem mudado algumas práticas como a utilização da maca pluma para a mobilização dos doentes evitando o agravamento de lesões vertebro-medulares decorrentes do excesso de movimentação, os registos de enfermagem na sequência ABCDE e a sua sistematização durante a prestação de cuidados em Sala de Reanimação foi patente e transmitida quer pelos enfermeiros do serviço quer pelo enfermeiro chefe.

A sensibilização dos enfermeiros ao tempo de permanência do doente em plano duro, que foi assumido como uma preocupação dos mesmos, foi um tema abordado com recurso à investigação científica mais atualizada. Sem correr o risco de cair em falácias, podemos considerar que a segurança dos cuidados de enfermagem, o conforto e indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados foram incrementados. Ficou patente que o plano duro na abordagem da Pessoa vítima de trauma deverá ser utilizado apenas durante o tempo indispensável por provocar desconforto e poder provocar úlceras por pressão como é referido pelo INEM (2012) no Manual de Técnicas de Extracção e Imobilização de Vítimas de Trauma. Para fomentar a autonomia dos enfermeiros neste ponto foi disponibilizada uma *guideline* de critérios clínicos para a abordagem à Pessoa com lesão medular (APÊNDICE V) do International Trauma Life Support (2014).

A transferência inter-hospitalar (transporte secundário) de doentes críticos poderá realizar-se para tratar ou dar continuidade ao tratamento e que este envolve riscos clínicos e de deslocação que devem ser minimizados através da prévia estabilização do doente no hospital de origem onde se deverá efetuar e antecipar as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Com o intuito de documentar estas intervenções realizadas para que no serviço de destino possa existir uma continuidade de cuidados de enfermagem com segurança e qualidade da Pessoa em situação crítica vítima de trauma e, após a devida pesquisa bibliográfica e conversas informais com os enfermeiros do serviço de urgência do hospital que o acolhe, foram identificadas algumas necessidades. Para as colmatar foi criada uma “Folha de Transferência de Enfermagem Doente Vítima de Trauma” (APÊNDICE VI). Esta inclui os aspetos já anteriormente mencionados de grande importância para a continuidade, segurança e

qualidade dos cuidados ao doente crítico com a especificidade inerente à Pessoa vítima de trauma tais como a cinemática do trauma, avaliação primária e secundária do doente de uma forma contínua e sistemática com registo dos parâmetros vitais, dispositivos médicos e intervenções e administração de terapêutica em 4 momentos chave: no local do acidente, à chegada ao SUG, na primeira hora após a chegada e à saída para transporte.

Durante este estágio tivemos a oportunidade de prestar cuidados com a colaboração de diversos enfermeiros, numa fase inicial sob a sua supervisão, com o benefício de adquirimos múltiplas e diferentes perspectivas de método e filosofia de prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência. Decorrente da especificidade e recursos de um SU, este modelo de supervisão clínica constituiu um processo de integração, motivação, *feedback*, aquisição de competências, métodos de trabalho e desenvolvimento profissional mais morosos.

A supervisão em ensino clínico, segundo Soares (2009), é um processo formal de acompanhamento, orientação e ajuda nas práticas clínicas de um estudante, que é realizada por um enfermeiro com formação específica, que ocorre ao longo de um determinado período de tempo e que visa o desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional, tendo por base os objectivos do ensino clínico. Esta constitui um processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem, que permite ao estudante desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica e surge como uma forma de garantir e estabelecer padrões de qualidade de cuidados, uma forma de abordar os métodos de trabalho e também uma estratégia de realizar a formação e desenvolvimento pessoal e profissional.

Segundo Abreu (2002) o processo de supervisão é composto por uma parte técnica dividida em três partes:

a) Fase Inicial de Integração das partes envolvidas, em que existe uma focalização no estudante, no processo que irá decorrer e nas técnicas a utilizar. Nesta fase, definem-se os objectivos e há uma grande dependência do supervisor, pela insegurança e desconhecimento do processo, com a consequente consciencialização das suas limitações. É a fase em que ambos se começam a conhecer.

b) Fase de Experimentação ou de Realização que se divide, por sua vez em ensino, *feedback* e prática, onde existe a partilha de desafios. Nesta fase há uma ênfase nas práticas de ambos, o *feedback* está relacionado com a análise feita pelos dois e a posterior prática, com a experiência avaliativa. A segurança, a motivação e as capacidades críticas vão aumentando. O supervisor aconselha e reflete com o estudante sobre as práticas. Surge por vezes o conflito de ideias, nomeadamente sobre questões éticas. Verifica-se a construção de um quadro de referências com a triangulação de informação e a reflexão crítica dos saberes do supervisor, através do início de processos de auto-avaliação.

c) Fase de Autonomia ou de Processamento onde se realiza a reflexão sobre o realizado, descrevendo a experimentação, efectuando uma análise e procedendo a uma avaliação dos resultados. O estudante, nesta fase, tende à independência gradual em relação ao supervisor, em que as capacidades de distanciamento crítico e analítico vão aumentando, até a um elevado nível de desenvolvimento de competências individuais.

Segundo o autor, o objectivo final do processo reside no desenvolvimento da capacidade de resolver problemas e tomar decisões conscientes e adequadas às exigências. A tomada de decisões e a resolução de problemas assentam num corpo coerente, integrado e hierarquizado de constructos, processos e atitudes.

Durante este período foram introduzidos contributos de relevo para fomentar uma prática de enfermagem segura, diferenciada, individualizada e, conseqüentemente, de qualidade à Pessoa em situação crítica e sua família em contexto e urgência com a elaboração de ações de formação com recurso à evidência científica mais atualizada nos cuidados ao doente vítima de trauma e à sua continuidade através da folha de transferência. Foi promovida a autonomia, e desenvolvidas competências comunicacionais, intelectuais e crítico-reflexivas com a finalidade de proporcionar o conforto através da avaliação e satisfação das necessidades que cada Pessoa experimenta em determinada transição.

## **2.2. Módulo II – Cuidados Intensivos**

O Módulo II – Cuidados Intensivos teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do de um Hospital Privado do Distrito de Lisboa (HPDL) que decorreu no período de 8 de Setembro a 1 de Novembro de 2014, com uma carga horária de 180 horas de contacto e 70 horas de trabalho do estudante e corresponde a 10 ECTS. A escolha deste local de estágio prendeu-se com o facto desta ser uma UCI de referência numa área de grande interesse para nós, a cirurgia cardíaca, com uma equipa de enfermagem jovem a quem é fomentada a capacidade de autonomia.

O HPDL, está apoiado em critérios de qualidade e inovação, contando com um quadro clínico permanente de notoriedade em todas as áreas e encontra-se organizado em Departamentos Clínicos especializados, que realizam as cirurgias e técnicas operatórias mais complexas e inovadoras e os resultados do trabalho desenvolvido pelos Departamentos de Circulação (integrado pelas unidades de Cirurgia Cardiorádica, Cirurgia Vasculiar e Cardiologia), de Ortopedia (com as Unidades da Coluna e Articular), bem como o Departamento de Urologia e Neurocirurgia, têm sido objeto de divulgação em Portugal mas também na Europa e Estados Unidos.

A UCI do HPDL dispõe de duas Unidades de Cuidados Intensivos com capacidade de 20 camas (12 destinadas a adultos e 8 para pediatria), todas as unidades estão equipadas com monitorização hemodinâmica invasiva, não invasiva e ventilação e está preparada para acomodar utentes em diálise (tradicional ou contínua) contando ainda com 7 salas de bloco

operatório. Esta unidade possui um Quadro de Enfermagem especializado na área de Medicina Intensiva, contando ainda com a cobertura permanente de especialistas em presença física vinte e quatro horas, bem como apoio de todas as especialidades médicas e cirúrgicas julgadas indispensáveis, dada a multidisciplinaridade do doente crítico.

Os CI abordam especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes com patologias que ameaçam a vida ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. O objetivo primordial destes cuidados é suportar e recuperar funções vitais, criando condições para tratar a doença subjacente e proporcionando oportunidades para uma melhor qualidade de vida (Portugal, 2003).

Desta forma os CI caracterizam-se por ser uma área multidisciplinar e diferenciada, que se direciona para o diagnóstico e o tratamento de doença aguda, potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou já instaladas (Silva, 2010). Segundo o mesmo autor, as exigências do trabalho nestas unidades, requerem enfermeiros cada vez mais qualificados, capazes de se integrarem em processos de melhoria constantes, onde o domínio das novas tecnologias, a participação e a autonomia são traços fundamentais, articulando objectivos e recursos.

O módulo de CI insere-se no contexto de aquisição e aprofundamento de conhecimentos e de competências para a assistência e prestação de cuidados especializados de enfermagem avançada à Pessoa adulta em situação crítica e sua família, no decorrer da evolução do seu estado de saúde. A complexidade das patologias do doente aliadas à sua instabilidade hemodinâmica, requerem do enfermeiro especialista apuradas competências técnicas, científicas e relacionais a par da rapidez de raciocínio e atuação que lhe permitem responder de forma adequada, eficaz e em tempo útil às situação com que se depara. A UCI do HPDL recebe todos doentes, independentemente da sua patologia, que se encontrem em situação crítica e, desta forma, necessitem de meios de diagnóstico e terapêutica invasivos e rigorosos.

Como forma de facilitar o desenvolvimento de competências em cuidados especializados à Pessoa em situação crítica e sua família nesta área foi delineado como objetivo geral:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em estado crítico e/ou com falência multiorgânica e sua família.

Sendo esta uma UCI tradicionalmente norteada para os cuidados à Pessoa em situação crítica, e sua família, sujeita a cirurgia cardíaca existiu a necessidade de formular objetivos específicos que, para além de uma prática de cuidados especializados ao doente em situação crítica com as demais patologias, se focasse nesta fase pós-cirúrgica:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados com recurso a competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, em situações novas e não familiares, relacionados com a área

de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica (EEMC) à Pessoa em situação crítica sujeita a cirurgia cardíaca e sua família em circunstância de Cuidados Intensivos;

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da abordagem à Pessoa em situação crítica em Cuidados Intensivos e sua família.

Desta forma, e com o intento de prestar cuidados especializados à Pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos, foi desenvolvido um percurso potenciador da qualidade e segurança dos cuidados, assente em princípios éticos e morais, no desenvolvimento de técnicas de comunicação como forma de satisfazer as necessidades individuais de cada Pessoa neste período. É nesses pontos que se sustenta o próximo subcapítulo.

### **2.2.1. Cuidados de Enfermagem e Atividades Desenvolvidas em Unidade de Cuidados Intensivos**

A prática de enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos apresenta-se como uma área especializada da assistência de enfermagem, atendendo não só às dimensões mas, também, à dinâmica dos processos do cuidar. Estas unidades, especializadas no cuidado ao doente crítico e à sua família, revestem-se de um ambiente *sui generis*, integrando as mais sofisticadas intervenções clínicas, de enfermagem e técnicas (Phipps et al., 2003) e é definida pelo Health Quality Service como uma área “*especificamente organizada para a gestão de doentes em estado crítico, as quais envolvem o agrupamento de instalações específicas e profissionais com formação específica*” (Silva, 2010).

Aos enfermeiros são exigidos cuidados contínuos e de elevada qualidade, como em todos os serviços de saúde mas, aqui, acresce que atuem com a competência necessária (teórica e prática), em situações de doença grave, onde a vida e a morte estão em constante conflito e onde o sofrimento, a dor e a ansiedade (do doente, família e dos próprios enfermeiros) são permanentes e intensas, atendendo a todas as necessidades da Pessoa e sensível à família. Estes enfermeiros necessitam de desenvolver a sua destreza que, sustentada em sólidos conhecimentos de base, carecem de atualização permanente (Atkinson, 2009). Apenas desta forma eles poderão estar munidos dos requisitos necessários para promover uma abordagem global, integrada e multidisciplinar à Pessoa em situação crítica pois, como é definido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p. 9), doente crítico é “*aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica*”. Partindo dessa premissa, a instabilidade hemodinâmica dos doentes atendidos nas unidades de cuidados intensivos impõe uma resposta humana complexa, condicionada a cada minuto, com o domínio de novas tecnologias, participação na dinâmica hospitalar e autonomia na prestação de cuidados, criando e articulando objectivos e recursos (Silva, 2010).

Assim, a alta rotação de doentes, o frequente contacto com a morte, a elevada percentagem de problemas no comunicar diretamente com os doentes, os dilemas morais e éticos relativos ao cuidado (muitas vezes realçados nestas unidades), o elevado envolvimento da/com a família do doente e a diversidade de situações que o enfermeiro tem de enfrentar são algumas particularidades que caracterizam estes serviços de saúde (Atkinson, 2009). É, talvez, pelo imprevisto e pela incerteza que caracteriza as unidades de cuidados intensivos que elas se tornam tão atraentes para os profissionais, especialmente no que toca à oportunidade de prestação de cuidados individualizados e desafiantes, no entanto, o stress é elevado e as exigências sobre os enfermeiros são muitas e pesam, tanto física como emocionalmente (Cruz e Souza, 2008).

Aos enfermeiros de cuidados intensivos, tal como aos demais, são reclamados alguns atributos que devem ser desenvolvidos com vista a proporcionarem ao doente e à sua família cuidados de qualidade e excelência para que assim se possam diferenciar dos seus pares. São exemplos desses predicados a sensibilidade, o compromisso, responsabilização pelos atos, o conhecimento, competência, a disponibilidade para cuidar, a intenção e a espiritualidade.

A nossa atuação é, também, muito influenciada por uma boa articulação entre a equipa multidisciplinar. É necessário que exista uma comunicação efetiva e uma cooperação mútua, para que o trabalho flua sem intercorrências e momentos de tensão, possibilitando um cuidado mais completo em ambientes de trabalho com menos riscos para a saúde física e emocional dos trabalhadores (Cruz e Souza, 2008).

Numa fase inicial do estágio o nosso foco foi pautado pela integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar e do conhecimento do espaço físico, método de trabalho, protocolos e normas da UCI que, de uma forma progressiva, se foi entrelaçando com a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e sua família. Essa mescla progressiva foi facilitada pelo excelente acolhimento que recebemos por parte de toda a equipa sempre com a disponibilidade e atenção para informar e ensinar.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem na UCI cuidámos de doentes adultos e idosos em situação crítica, visando a prevenção e tratamento da doença, a antecipação de complicações e a promoção da saúde ou até mesmo na morte serena. Consideramos que o principal foco de atenção do Enfermeiro é a Pessoa pelo que as situações de fim de vida não são exceção, as suas necessidades e sintomas e, por consequência, a nossa intervenção centra-se no seu bem-estar e conforto aceitando e respeitando a percepção do próprio. Além disso, o enfermeiro tem consciência do espaço terapêutico e mantém uma intencionalidade em toda a ação que desenvolve, como uma característica vital na relação de ajuda, assinalada por Watson (2002), Phaneuf (2005) e Chalifour (2008). Seguindo a linha teórica de Sapeta e Lopes (2014) na prestação de cuidados e no estabelecimento de uma relação de ajuda, essa intencionalidade evidenciou-se durante este estágio, por exemplo, pelo diálogo que mantivemos, sempre com o sentido de ajudar e com um fim terapêutico: avaliámos a

evolução da situação clínica, os sintomas presentes (esta é uma grande preocupação quer do doente, como dos familiares e nosso), do estado de ânimo e de adaptação à doença e, em simultâneo, informámos, pedimos autorização para certos cuidados, explicámos, ensinámos, promovemos a autonomia, procurámos que se torne independente dentro das suas possibilidades, ou seja, utilizámos a interação para gerir a informação, como um veículo pedagógico e, ao mesmo tempo, para gerir os sentimentos do doente. Promovemos a aliança terapêutica, um maior envolvimento da família nesta fase e o respeito pela privacidade e dignidade da Pessoa em fim de vida.

Não obstante de se apresentar como uma UCI com doentes tradicionalmente do foro cirúrgico no pós-operatório e especialmente cardiotorácico, sempre que existem situações de instabilidade hemodinâmica o doente é recebido/transferido para esta UCI pela necessidade de meios de diagnóstico e terapêutica mais invasivos e de complexidade acrescida.

Os doentes ali internados vivenciam processos complexos de doença integrados em diversas especialidades médicas, nomeadamente, cirurgias vasculares como endarterectomias, cirurgias cardíacas como bypass cardíaco ou implantação de válvulas, cardiologia de intervenção onde se destacam angioplastias coronárias ou cardioversões sincronizadas, cirurgias pulmonares como simpatectomias ou lobectomias mas também engloba outras valências cirúrgicas tais como gastrentologia, oncologia, transplante renal, ortopédicas ou traumatológicas e urológicas. A prestação de cuidados de enfermagem a estes doentes requereu, ao longo deste percurso, o domínio de terapêuticas e tecnologias adjuvantes especializadas como a monitorização hemodinâmica invasiva englobando os cuidados de enfermagem com cateter venoso central ou cateter arterial para avaliação da pressão arterial, avaliação e interpretação de pressões da aurícula esquerda, a interpretação de traçados eletrocardiográficos, técnicas de cardiologia de intervenção, a ventilação mecânica invasiva e não invasiva com o ajuste de modalidades e parâmetros necessários a cada doente, drenagens torácicas e pericárdicas, técnicas de substituição da função renal e toda a farmacologia endovenosa de suporte, entre outros. Os cuidados a doentes em pós-operatório imediato e não imediato de cirurgia cardiotorácica foram uma realidade nesta unidade, o que contribuiu para adquirir competências direcionadas para a vertente dos cuidados intensivos cirúrgicos.

Na prática de cuidados intensivos várias foram as situações onde foi necessário identificar e responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, diagnosticar precocemente complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, estabelecer prioridades de intervenção ao nível do plano de cuidados, demonstrar competências em técnicas de diagnóstico e tratamento perante situações de falência de um ou mais órgãos e atuar sob pressão.

Foram diversos os desafios com que nos fomos deparando decorrentes da falta de prática de trabalho com a Pessoa e sua família numa situação de internamento em cuidado intensivo e

todas as técnicas e situações peculiares que daí prosperam. Estas verificaram-se como oportunidades de aprendizagem e crescimento.

Adotando a filosofia de Virgínia Henderson, modelo de referência nesta UCI no que diz respeito ao processo de enfermagem, o plano de cuidados incide nas catorze necessidades humanas, que se inscrevem nos contextos biofisiológico, psicossocial e cultural, e que os doentes deveriam ver satisfeitas com a ajuda dos enfermeiros. Henderson (2007) citando a própria (1978) define Enfermagem como a ajuda que os profissionais prestam às pessoas doentes ou saudáveis, na satisfação das atividades que contribuem para a saúde, para a sua recuperação (ou morte serena), que a Pessoa realizaria, sem ajuda, se tivesse o conhecimento, a força ou vontade necessárias - promovendo a independência tão precocemente quanto possível. Ainda segundo a autora, os cuidados de enfermagem assentam na relação interpessoal enfermeiro-Pessoa, em que o profissional assume três papéis: de substituto, ajudante e parceiro, trabalhando em interdependência com outros profissionais. Em contexto de cuidados intensivos o enfermeiro assume maioritariamente o papel de substituto nas necessidades humanas básicas da Pessoa, mas sempre com vista à progressiva independência desta, passando assim pelos outros dois níveis durante o internamento.

Apesar de todas as pessoas terem necessidades comuns, estas são satisfeitas por padrões de vida infinitamente variados, em que não há dois iguais. Assim, cada plano de cuidados se torna diferente de qualquer outro (Henderson, 2007). Serão descritas algumas das intervenções de enfermagem mais relevantes que foram realizadas durante este estágio e que se integram na ajuda definida por Henderson tendo como referência “Les principes fondamentaux de soins infirmiers de CII” de Virgínia Henderson editado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2003) e “Guide d’observation des 14 besoins de l’être humain – orientation diagnostique” de Delchambre et al. (2005).

#### ➤ **Ajudar o doente a respirar**

Corresponde à necessidade de cada indivíduo de dispor de uma oxigenação celular satisfatória através dos mecanismos de aporte gasoso, ventilação, difusão e circulação. Foram desenvolvidas as atividades de observação do padrão respiratório e perfusão tecidual do doente bem como a adoção de posicionamentos que favorecem as trocas gasosas e sinais de obstrução da via aérea procedendo à aspiração e toilette das mesmas otimizando o tubo endotraqueal, os cuidados inerentes aos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva e não invasiva com atenção a modalidades e parâmetros respiratórios e interpretação de valores da gasimetria arterial tendo em vista, numa perspectiva multidisciplinar, a extubação precoce e o restabelecimento do padrão respiratório de cada doente numa fase pós-operatória. A utilização do *cell-saver* por forma a reutilizar os componentes sanguíneos perdidos pelos doentes nas drenagens torácicas ou mesmo nas intervenções no decorrer da cirurgia, a monitorização e interpretação da pressão arterial invasiva, traçado cardíaco e pressão venosa central. A administração e domínio da

terapêutica de suporte para o equilíbrio hemodinâmico e hidroelectrolítico demonstram-se também como um requisito fundamental para o suporte respiratório e circulatório do doente crítico durante a sua permanência na UCI. Tendo em conta esta necessidade humana básica da Pessoa e em concordância com a Enfermeira Orientadora elaborámos uma Norma de Ventilação Mecânica não Invasiva (APÊNDICE VII), uma vez que esta se prova como um meio de tratamento cada vez mais presente na UCI do HPDL.

A ventilação mecânica não-invasiva (VNI) consiste num suporte ventilatórios através da utilização de um interface não-invasivo que tem ganho uma crescente aceitação mundial ao longo da última década. Segundo Teixeira et al. (2014), a sua utilização é cada vez mais frequente, sendo fundamental que os enfermeiros tenham uma clara compreensão das indicações/ contraindicações, vantagens/ desvantagens, objetivos do tratamento, potenciais complicações e necessidades específicas de monitorização, vigilância e intervenção. Foi nesses pontos que refletiu a norma de VNI realizada para a UCI do HPDL.

Existem três fatores essenciais para o sucesso da implementação de VNI: equipamento adequado, organização/protocolos e treino/formação dos profissionais, sendo a sua experiência e perícia as componentes-chave do sucesso.

A intervenção do enfermeiro centra-se nos domínios da função e da Pessoa. Durante o tratamento é essencial a monitorização de diversos parâmetros, nomeadamente sinais vitais e traçado eletrocardiográfico. A vigilância centra-se na dinâmica ventilatória, sincronia doente-ventilador, consciência, membrana ocular e mucosa oral, pele, distensão/desconforto abdominal, náuseas/vómitos, nutrição/hidratação e prevenção de úlceras por pressão. Sendo que para a promoção do bem-estar é essencial a promoção do conforto do doente, autocontrolo, ansiedade e autonomia. Antes e durante o tratamento o enfermeiro deve fornecer informação relevante ao doente. A norma elaborada contribui para a qualidade e segurança assistencial à Pessoa sob VNI, reduzindo o tempo de tratamento, prevenindo possíveis complicações e promovendo o conforto.

➤ **Ajudar o doente a eliminar**

É definida como a necessidade de cada individuo em eliminar os resíduos resultantes do funcionamento do organismo como o suor, menstruação, urina, fezes e toda a utilização de material sanitário. Desta forma salientamos os cuidados ao doente com necessidade de técnicas de substituição da função renal como a hemodiafiltração continua ou a hemodiálise. O conhecimento e domínio destas técnicas afigurou-se como um desafio deste estágio para a aquisição de competências devido à sua complexidade e aos riscos iatrogénicos graves associados que requerem uma monitorização rigorosa dos sinais vitais, balanço hídrico e valores analíticos do doente.

➤ **Ajudar o doente a comer e beber adequadamente**

Afigura-se como a capacidade de cada Pessoa em manter o seu metabolismo com o intuito de produzir energia, construção, manutenção e reparação tecidular através dos mecanismos

de ingestão, absorção e assimilação dos nutrientes. Em cuidados intensivos destaco a necessidade da implementação precoce da nutrição entérica (AE) e por diversas vezes a necessidade da administração de alimentação parentérica (AP) para satisfazer as necessidades nutricionais da Pessoa mas também, para a sua estabilização hemodinâmica, preservação da barreira da mucosa intestinal, evitar a colonização por agentes agressivos no intestino, evitar os efeitos da catabólise causadas pela cirurgia e minimizar os efeitos imunossupressores da desnutrição. Desta forma, em concordância com a Enfermeira Orientadora, considerou-se ser pertinente a elaboração uma revisão integrativa da literatura acerca do estado da arte desta temática, investigação essa já apresentada anteriormente neste trabalho. Assim emergiram contributos para uma prática de enfermagem baseada na evidência científica com ganhos em saúde para o doente que necessite de suporte nutricional por esta via.

McClave et al. (2009) afirmam que o suporte nutricional ao doente crítico apresenta 3 objetivos principais: preservar a massa corporal magra, manter a função imunológica e prevenir complicações metabólicas.

Como é referido por Singer et al. (2009), o suporte nutricional em contexto de cuidados intensivos representa um desafio que felizmente pode ser realizado e monitorizado de uma forma rigorosa. As *guidelines* acerca da alimentação entérica demonstraram a evidência a seu favor na sua administração precoce e eficácia na utilização do trato gastrointestinal. A AP representa uma alternativa ou suporte adicional quando outras opções são infrutíferas (sem que necessariamente tenham falhado completamente) ou quando não são possíveis ou seriam arriscadas essas mesmas opções.

O principal objetivo da AP é o de fornecer uma mistura de nutrientes próxima da requerida de uma forma segura e evitando complicações. As intervenções de enfermagem incluem a instalação e manutenção do equipamento, monitorização de possíveis reações que o doente poderá desenvolver durante a terapêutica, acrescentando que, para atingir os objetivos terapêuticos e assegurar o bem-estar e conforto do doente, é necessário o conhecimento e atenção dos profissionais para com a complexidade e fragilidade do ser humano (Santos et al., 2012).

Apesar de a administração de AE precoce ser a primeira opção em doentes com o trato gastrointestinal intato, a apreciação multidisciplinar holística das necessidades do doente podem levar os profissionais de saúde a optar pela administração de AP a doentes que não seja espectável estarem sob alimentação normal em 3 dias ou que recebem menos do que a AE pretendida, devem receber AP entre 24-48h após admissão na UCI se for contraindicada AE.

As indicações da AP podem ser inseridas em três grupos: Doentes em que o trato gastrointestinal não se encontra funcional ou se encontra a drenar, não possa ser acedido ou por impossibilidade de adequada nutrição por via oral ou entérica. Ainda assim deverá ser realizado um balanço dos riscos e benefícios bem como dos resultados esperados da

administração de AP. São exemplos alguns doentes submetidos a cirurgias do trato gastrointestinal que recebemos na UCI do HPDL.

As vias de administração de AP devem ser seleccionadas tendo em conta diversos factores, sendo que um acesso venoso periférico deverá apenas ser utilizado a curto prazo e se a osmolaridade da solução parentérica for inferior a 850mOsm/L e por consequência de menor aporte calórico. Esta era uma questão até então desconhecida neste serviço.

Os riscos e complicações da administração de AP podem ser associados ao acesso venoso como pneumotórax, hemorragia e embolia gasosa (Acesso Venoso Central), Flebite, tromboflebite e infiltração (Acesso Venoso Periférico) e sépsis, ou podem ser metabólicos (relacionados com a solução parentérica) como desequilíbrio hidroelectrolítico, má nutrição, hiperglicemia (a glicemia sérica dever-se-á manter entre 110-150mg/dL), alterações hepáticas e síndrome de realimentação.

Os cuidados de enfermagem ao doente sob AP verificam-se em todas as fases do processo. Quer na preparação e administração mas também na monitorização para a prevenção e/ou detecção precoce de complicações bem como para avaliação da eficácia da AP.

- **Ajudar o doente a manter uma boa postura quando anda, se senta e se deita; e ajudá-lo a mudar de posição**

É a necessidade da Pessoa de manter a integridade e eficácia dos sistemas biofisiológicos, de permitir a realização de atividades sociais e de construir e manter o equilíbrio mental através da mobilização das diferentes partes do corpo, a coordenação dos movimentos e o posicionamento dos diferentes segmentos corporais. Os doentes internados em UCI encontram-se frequentemente limitados na mobilidade, quer pela necessidade de manter o repouso, quer pela alteração do estado de consciência, ou incapacidade gerada pela doença. Enquadram-se aqui as intervenções que, realizadas no sentido de adequar a postura corporal ideal para cada doente em função da sua situação clínica, previnem a rigidez articular (movimentos articulares passivos e ativos), as úlceras de pressão através da alternância de decúbitos e utilização de mecanismos de alívio de pressão. São exemplos de especificidades da UCI do HPDL as limitações geradas pelas cirúrgicas cardiorácicas, os cateterismos cardíacos em que os doentes mantêm o introdutor arterial femoral ou a especificidade do doente sob ventilação mecânica invasiva e como o posicionamento com elevação da cabeceira permite prevenir diversas complicações. Quanto às úlceras por pressão, a taxa de incidência das mesmas nas unidades hospitalares é definida como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem pela *National Database of Nursing Quality Indicators*, desenvolvida pela American Nurses Association (2009) e baseada nos indicadores do National Quality Forum (2004). Neste sentido, todas as intervenções que realizámos no sentido da sua prevenção são um contributo para a qualidade dos cuidados prestados. A necessidade do levantar o mais precocemente possível como prevenção de complicações pós-operatórias, perda de funcionalidade e todas as ações e vigilâncias inerentes a essa

intervenção demonstram-se como uma atividade à qual a equipa multidisciplinar da UCI do HPDL se apresenta atenta.

➤ **Ajudar o doente a manter o corpo limpo, com bom aspeto e a proteger os tegumentos**

Esta representa a necessidade de cada Pessoa de manter a integridade cutânea, das mucosas e da exodérme, de eliminar as bactérias e impurezas e ter uma sensação de higiene corporal, elemento de bem estar através da higiene corporal e realização dos movimentos adequados. Saliento a importância que conferimos aos cuidados à orofaringe em doentes entubados orotraquealmente, como forma de zelo, não só pela higiene e prevenção de infeções, mas também pela boa aparência física da Pessoa, que se reflete no seu bem-estar, na diminuição do impacto do doente internado na UCI para a sua família e na visibilidade que conferimos aos cuidados prestados. Henderson (2007,p.5) afirma que *“a condição da boca é um dos melhores indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem”*.

➤ **Ajudar o doente a comunicar com os outros, expressando as suas necessidades e sentimentos**

Corresponde à necessidade da Pessoa em transmitir e perceber as mensagens cognitivas e afectivas, conscientes ou inconscientes e estabelecer relações com o outro para a transmissão ou percepção de atitudes, intenções e crenças através do envolvimento dos órgãos sensoriais, a troca de informações por intermédio do sistema nervoso periférico e central, a aprendizagem e utilização de códigos e formas de comunicação e capacidade de estabelecer contacto com o mundo. Como já foi referido, a comunicação é uma das competências mais importantes em enfermagem, sendo que em cuidados intensivos o compromisso da comunicação constitui um dos principais fatores de *stress* para o doente submetido a ventilação mecânica ou quando os efeitos da sedação/curarização começam a desvanecer. Está relacionado com a incapacidade para falar, com as explicações insuficientes dos profissionais, com a compreensão inadequada, com o medo da incapacidade em comunicar e com a dificuldade dos métodos de comunicação (Thelan *et al*, 1996). A atenção a esta questão encontrou-se sempre presente, explicando ao doente os procedimentos que serão realizados e a sua situação clínica, estimulando o recurso à linguagem não-verbal mediante gestos, sinais, toque, mímica facial, pestanejo ou aperto da mão. O recurso ao quadro branco ou bloco de folhas e caneta, ou a quadros alfabéticos e de figuras, foram outras das habilidades comunicacionais que surgiram na tentativa de otimizar a capacidade de comunicação do doente. Como é estandarte da UCI do HPDL foi também facilitado o processo de comunicação entre a Pessoa e o seu elemento significativo. Apesar de não subsistir o afluxo de doentes submetidos a cirurgia cardíaca que outrora existia, o porta estandarte da UCI do HPDL continua a ser o pós-operatório imediato do doente submetido a cirurgia valvular e coronária.

A área da cardiorácica, com as suas patologias, intervenções terapêuticas e métodos de monitorização específicos e complexos, verificava-se como um espaço desconhecido à nossa

prática profissional. Os cuidados de enfermagem à Pessoa e família submetidos a cirurgia cardíaca são complexos e exigentes e na prestação de cuidados de enfermagem especializados necessitamos de recorrer a competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, em situações novas e não familiares. Desta forma, o estágio tornou-se num desafio acrescido que exigiu uma pesquisa bibliográfica constante a par da reflexão diária sobre o nosso desempenho e experiências vivenciadas.

O nosso percurso foi pautado por uma evolução progressiva ao nível do desempenho pessoal e que se traduziu no aumento da autonomia e capacidade de resposta às situações, inicialmente desconhecidas, com que nos deparámos. Exemplo do referido foi a receção do doente submetido a cirurgia cardíaca na UCI onde tivemos oportunidade de, numa fase inicial, observar a dinâmica da equipa de enfermagem nesta atividade à qual alicerçámos os protocolos e normas existentes no serviço bem como pesquisa bibliográfica sobre o tema, o que nos munuiu de conhecimentos, capacidades e competências para assumir a gestão dos cuidados ao doente de uma forma integrada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Capitão e Pires (2009) referem a importância dos enfermeiros reconhecerem que as decisões terapêuticas muitas das vezes são baseadas em dados colhidos pelos enfermeiros. Assim sendo, indiretamente, os enfermeiros são responsáveis pela escolha terapêutica onde a interpretação errada de dados ou incapacidade de reconhecer complicações poderá levar a agravamento da condição do doente aumentando a mortalidade e morbilidade.

Ainda segundo os autores supracitados (2009), a monitorização hemodinâmica é um elemento chave na análise das principais funções circulatórias do doente crítico pois permite antecipar a deterioração do estado hemodinâmico e avaliar a eficácia e resposta do doente aos tratamentos aplicados proporcionando assim uma ajuda inquestionável na elaboração do diagnóstico, prognóstico, assim como na eleição de um tratamento adequado. Assim, quando é comunicado pela equipa do Bloco Operatório que a cirurgia está a terminar é realizada a preparação e verificação da unidade onde o doente irá ficar instalado uma vez que o factor tempo é essencial em todas as atitudes com vista à rápida estabilização do doente operado. A receção ao doente submetido a cirurgia cardíaca na UCI é realizada por dois enfermeiros (um de cada lado do doente) com papéis bem definidos motivados pela estrutura física funcional do serviço e dos dispositivos médicos de diagnóstico e tratamento que o doente apresenta (monitor, ventilador, rampa de pressões e seringas infusoras).

Através da metodologia de avaliação sistematizada ABCDE de Nolan et al. (2010), que neste domínio a atuação da enfermagem especializada mune-se de uma determinação adequada de prioridades que irão permitir um planeamento e atuação de cuidados assertivos, eficientes e pertinentes perante as necessidades da Pessoa em situação crítica naquele ponto cronológico e, realizando um paralelismo com a filosofia das catorze necessidades humanas de Virginia Henderson, modelo de referência nesta UCI no que diz respeito ao processo de enfermagem em que o plano de cuidados incide nas catorze necessidades humanas de Henderson (2007), será apresentado um quadro com atividades por nós desenvolvidas na

recepção ao doente submetido a cirurgia cardíaca na preparação/verificação da unidade e na chegada do doente à mesma unidade:

<b>Ajudar a Pessoa a respirar</b>	
<b>Via aérea (A), Respiração e Ventilação (B) e Circulação (C)</b>	
<b>Preparação/Verificação da Unidade</b>	<b>Recepção do doente</b>
<p>Teste do ventilador onde são colocadas a modalidade ventilatória e os parâmetros ventilatórios definidos e adequados para o doente e verificação da rampa de oxigénio e rampa de alta pressão a 200 cmH<sub>2</sub>O;</p>	<p>Conexão do doente a prótese ventilatória com optimização dos parâmetros e alarmes, verificação do número e nível do tubo orotraqueal, pressão do cuff e fixação, aspiração endotraqueal (se necessária), realização e interpretação dos resultados de gasimetria arterial, despiste de complicações como (hipóxia, alcalose ou acidose respiratória, pneumotórax, atelectasias ou edema pulmonar) com intenção de extubação endotraqueal o mais precocemente possível, avaliar coloração e perfusão periférica bem como características dos pulsos periféricos;</p>
<p>Teste do monitor com verificação de cabos de oximetria e monitorização electrocardiográfica e transdutor de Linha arterial (LA), Pressão venosa central (PVC) e Pressão da Aurícula Esquerda (PAE) com definição de limites e volumes e colocação em <i>stand-by</i>;</p>	<p>Conectar do doente ao monitor e ajuste da rampa de pressões ao nível da aurícula direita do doente com avaliação da frequência e ritmo cardíaco para avaliação da função cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal (com colocação de aquecimento artificial se necessário), saturação periférica de oxigénio, pressão arterial (colocação em bolsa de pressão), PVC, PAE com ajuste dos alarmes e “<i>zerar</i>”, colheitas de sangue para análises, Identificar os sistemas e prolongamentos com cores: LA (vermelha), PVC (azul) e PAE (amarela);</p>
<p>Verificação do aspirador de baixa pressão a 20cmH<sub>2</sub>O;</p>	<p>Conectar os drenos torácicos (mediastino e pericárdio) ao aspirador de baixa pressão, verificar permeabilidade dos drenos, quantidade e características do drenado, realizar reposição de perdas hemáticas por transfusão sanguínea através de unidade de concentrado eritrócitário (UCE) ou manutenção e vigilância de <i>cell-saver</i>;</p>
<p>Colocar e testar seringas e bombas infusoras, preparar perfusão de Cloreto de Potássio (KCl) 40mEq em 100cc de Glicose 5% em H<sub>2</sub>O, preparar soro heparinizado (2500UI heparina/500cc de soro) para manutenção de cateter de avaliação de PAE;</p>	<p>Colocar a terapêutica que o doente tem em prescrita em perfusão (geralmente Dopamina, Dinitrato de isossorbida e Alfenatani) nas bombas e seringas infusoras com atenção à concentração das mesmas e ritmo de perfusão com as modificações indicadas e necessárias, conectar o soro com KCl e iniciar perfusão segundo protocolo se necessário, colocar soro heparinizado do cateter de avaliação da PAE em perfusão a 3mL/h, identificar todas as seringas e terapêutica em perfusão, bem como prolongamentos.</p>

Quadro 1 – Recepção à Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca – Ajudar a Pessoa a Respirar

Com vista a despistar possíveis perdas hemorrágicas e com o intuito de prevenção de infecção é observado o penso cirúrgico da ferida operatória e dos drenos e executados novamente se necessário.

<b>Ajudar a Pessoa a comer e beber adequadamente</b>	
<b>Via aérea (A)</b>	
<b>Preparação/Verificação da Unidade</b>	<b>Recepção do doente</b>
Verificação da rampa de alta pressão a 200 cmH2O	Verificar quantidade e características do conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica em drenagem passiva. Colocar em drenagem activa se necessária prevenindo a aspiração de conteúdo gástrico;
Colocar e testar seringas e bombas infusoras;	Colocar em perfusão a soroterapia prescrita (geralmente solução polieletrólítica de glicose a 5%)/ alimentação entérica ou parentérica numa fase posterior;
Quando prescrito iniciar água e dieta líquida. Se indicado iniciar alimentação entérica ou parentérica.	

Quadro 2 – Recepção à Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca – Ajudar a Pessoa a comer e beber adequadamente

<b>Ajudar a Pessoa a eliminar</b>	
<b>Circulação (C)</b>	
<b>Preparação/Verificação da Unidade</b>	<b>Recepção do doente</b>
Colaborar na preparação e montagem de equipamento de substituição renal contínua;	Colaborar na colocação do doente em técnica de substituição renal contínua quando indicado;
Verificar o funcionamento da drenagem vesical, as características e volume de urina eliminada.	

Quadro 3 – Recepção à Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca – Ajudar a Pessoa a eliminar

<b>Ajudar a Pessoa a manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente</b>	
<b>Circulação (C); Exposição a fatores externos com controlo da hipotermia (E)</b>	
<b>Preparação/Verificação da Unidade</b>	<b>Recepção do doente</b>
Providenciar aquecedor;	Avaliar a temperatura corporal do doente bem como a perfusão tecidual e colocar aquecimento artificial se necessário.

Quadro 4 – Recepção à Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca – Ajudar a Pessoa a manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente

Todas as intervenções, vigilâncias e avaliações são registadas na folha de Registos de Enfermagem. É realizado uma balanço hídrico rigoroso a cada duas horas com registo dos drenados e hemoderivados administrados, os sinais vitais e perfusão periférica são avaliados e registados de hora a hora, são realizadas gasimetrias arteriais igualmente de hora a hora. De salientar que todas estas ações são também executadas sempre que o enfermeiro achar necessário e pertinente para prevenir complicações e melhorar os *outcomes* da Pessoa. É avaliada a escala de comas de Glasgow que se poderia incluir na necessidade de vida de **Ajudar o doente a comunicar com os outros, expressando as suas necessidades e sentimentos** categorizado como **Exame neurológico sumário (D)** no método de avaliação

de Nolan et al. (2010). Poderemos também incluir nesta necessidade os cuidados que são realizados na comunicação realizada com o doente quando este ainda se encontra entubado orotraquealmente.

Para Capitão e Pires (2009) aquando das calibrações e avaliações é importante o posicionamento do doente em decúbito dorsal, com os transdutores corretamente posicionados no sentido de evitar erros de leitura. Referindo ainda que é imperativo aos enfermeiros a realização de uma avaliação cuidada dos locais de inserção dos cateteres nas monitorizações hemodinâmicas para despiste de eventuais complicações infecciosas, assim como a realização do penso ao local com cuidados de assepsia rigorosos, competindo-nos vigiar complicações associadas à monitorização hemodinâmica.

A prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) foi permanente durante todo o percurso uma vez que, segundo Pina et al. (2010), os principais riscos de IACS associam-se à presença de dispositivos invasivos, mas, também, a infecções por microrganismos multirresistentes e a procedimentos cirúrgicos. Nesse sentido desenvolvemos atividades de cuidados com o tubo endotraqueal, com a inserção, manutenção e manuseamento de cateter venoso periférico, manutenção e manuseamento de CVC, cateter arterial, cateter de PAE, realização de pensos cirúrgicos, administração de terapêutica, bem como ensinamos ao doente e à família relativamente ao controlo de infecção, higiene das mãos, etiqueta respiratória e utilização racional e ponderada de equipamentos de proteção individual. Transmitimos também os nossos conhecimentos aos colegas mais novos que se encontravam em integração na UCI.

O impacto da IACS poder-se-á verificar a vários níveis; nomeadamente, agravamento da incapacidade funcional, o sofrimento, o stress emocional do doente, a qualidade de vida, sendo mesmo uma das principais causas de morte, onde os custos económicos são consideráveis (Lima, 2008). Também a OMS reconhece que as IACS dificultam o tratamento adequado dos doentes, sendo também considerada causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos. A mesma organização menciona que a prevalência destas infecções é mais elevada nas Unidades de Cuidados Intensivos, em serviços de cirurgia e ortopedia, sendo os doentes com maior susceptibilidade os que apresentam idade avançada, co-morbilidades, ou em tratamento com quimioterapia (DGS, 2007).

O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas com largo espectro de ação, o que inclui, entre outras, o controlo de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, manutenção de um ambiente de cuidados seguro e ainda o conhecimento científico focado na segurança da Pessoa e nas infraestruturas necessárias para o garantir. Se conseguirmos garantir cuidados seguros às pessoas a quem prestamos cuidados, estas estarão mais protegidas relativamente àquilo que são as possibilidades efeitos nefastos dos procedimentos implícitos à prestação de cuidados.

Existe nesta UCI a premissa de realizar todos os esforços para que o nível de dependência do doente nas suas necessidades de vida sejam progressivamente menores e assim este atinja a autonomia possível dado o seu estado clínico pelo que é preconizada a diminuição progressiva do suporte de perfusões (dopamina, dobutamina, dinitrato de isossorbida, furosemida, analgésicos, sedativos e curarizantes), a extubação orotraqueal precoce, passando o doente de uma modalidade controlada para assistida, ficando depois em “*tubo em T*” até que por fim assuma uma respiração espontânea sem o auxílio de qualquer dispositivo médico, o levante e ingestão hídrica/alimentação precoces. Desta forma o doente poderá ser considerado estável e ser transferido para a enfermaria o que de uma forma considerada linear deverá ocorrer 48 horas após a cirurgia.

Através das atividades que vêm sendo referidas planeámos, executámos e avaliámos os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais da Pessoa, de forma a cumprirmos um plano de cuidados personalizado. Promovemos uma vigilância hemodinâmica constante de forma a permitir a detecção e despiste precoce de complicações e procedemos à avaliação da dor de uma forma contínua, utilizando a escala numérica, visual analógica e comportamental.

Durante o estágio colaborámos ainda na organização e gestão do serviço através da reorganização do *stock* de medicação separando por vias de administração e com atenção à prevenção do erro terapêutico com armazenamento padronizado, estruturado e com identificação completa e clara dos mesmos com atenção para os “*look-alike*” e “*sound-alike*”.

O facto de existirem novos elementos no serviço, mas não apenas a esses, permite-nos não só sermos aprendizes mas também fornecer a nossa experiência pessoal e conhecimentos para uma prática de enfermagem de qualidade e segura, como já aqui foi dado o exemplo anteriormente.

A documentação do processo de enfermagem na UCI do HPDL encontra-se numa fase de transição para formato electrónico. Neste momento, o registo realizado pelo enfermeiro responsável pelo doente é em suporte de papel, com a especificidade intrínseca ao doente crítico que necessita de um cuidado de enfermagem intenso e intensivo. Nessa folha registámos os parâmetros vitais de uma forma horária, parâmetros ventilatórios, perfusão dos tecidos, valores de gasimetria, medicação prescrita e administrada, perfusões, um balanço hídrico detalhado e rigoroso (realizado de duas em duas horas) e as notas de enfermagem de cada turno. É necessário que os enfermeiros documentem os cuidados que prestam, os diagnósticos, as intervenções e os resultados para que seja possível evidenciar a qualidade dos cuidados prestados (Jansson et al., 2009).

O chefe de turno, no final de cada turno, realiza um sumário da situação de cada doente que regista em suporte electrónico e posteriormente transmite numa primeira passagem de turno a todos os enfermeiros do turno subsequente que posteriormente são assignados a cada doente, adequando o nível de experiência à situação da Pessoa de quem vão cuidar e a complexidade da sua situação clínica. Nesta altura deslocam-se para junto do doente e

recebem apenas os que lhe são atribuídos (no máximo 2 por enfermeiro). Desta forma toda a equipa adquire uma visão global dos doentes e da dinâmica do serviço naquele turno.

Pela necessidade de reter uma melhor percepção do percurso e necessidades da Pessoa permanecemos no bloco operatório para assistir a cirurgias vasculares e cardíacas, muitas delas sob circulação extracorpórea. Esta oportunidade serviu não só para uma melhor compreensão da situação do doente no pós-cirúrgico imediato durante a sua permanência na UCI mas também representou ganhos para a Pessoa submetida à cirurgia e à sua família pelo conforto e compreensão demonstrada da situação clínica que o acompanhamento durante o seu processo de internamento forneceu. Como referiu uma doente: *“É sempre bom acordar e ver uma cara conhecida...”*.

### **2.3. Módulo III – Opcional: Viatura Médica de Emergência e Reanimação**

Este capítulo incide sobre o Módulo III – Opcional decorreu na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um Hospital Central do Distrito de Lisboa (HCDL) com uma carga horária de 180 horas compreendidas no período de 1 de Dezembro de 2014 a 31 de Janeiro de 2015, com uma carga horária de 180 horas de contacto e 70 horas de trabalho do estudante correspondente a 10 ECTS.

A emergência pré-hospitalar sempre representou uma sedução e uma curiosidade especial na nossa prática de cuidados de enfermagem por todas as condicionantes de que esta se reveste ao se desenvolver exteriormente à unidade hospitalar, junto da população, e com a emoção de, por regra geral, sermos os profissionais de saúde qualificados *“first on scene”* e assim representarmos a primeira linha de cuidados à Pessoa em situação crítica emergente e sua família. A escolha deste local relacionou-se também com o facto de esta ser uma VMER de referência a nível nacional e ter base na unidade hospitalar onde exerço funções, maximizando assim o tempo disponível.

Emergência Pré-hospitalar pode ser definida como *“uma condição imprevisível ou inesperada que requer acção imediata. Alteração súbita do estado de saúde ou grave complicação de uma doença que exige cuidados”* (Rey Cit. por Mateus 2007, p.19). Em 1988 o INEM criou uma forma de atuação médica domiciliária para situações de emergência tendo como finalidade a prestação de cuidados pré-hospitalares havendo a necessidade de adopção de uma estratégia de *rendez-vous* por uma VMER, que era mobilizada para situações de emergência em que existisse a necessidade a prestação de cuidados (Mateus, 2007).

A VMER atua na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, bem como outros meios nacionais do Instituto como são os casos da ambulâncias SBV, SIV e Bombeiros.

O INEM é um *“instituto público, integrado na administração indirecta do Estado e dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio”* (DL 220/2007). Tem a responsabilidade de coordenar o Sistema Integrado de Emergência Médica, onde está incluída a atividade de urgência/emergência, como o socorro pré-hospitalar, transporte e

recepção hospitalar, assim como a Formação em Emergência Médica, Planeamento e Prevenção Cívica e a Rede de Comunicações em Emergência Médica.

Esta atividade compreende uma equipa médica de emergência que se desloca rapidamente ao local, através de uma viatura, onde a Pessoa em situação crítica necessita de cuidados emergentes e, segundo o INEM (2010), é um veículo de intervenção pré-hospitalar, tripulado por uma equipa (um médico e um enfermeiro), que dispõe do equipamento necessário ao Suporte Avançado de Vida (SAV) em situações de foro médico e traumatológico com o principal objetivo de estabilizar e transportar a Pessoa, com acompanhamento diferenciado, à unidade hospitalar que reúna as valências necessárias ao seu tratamento.

A equipa VMER HCDL é formada por 22 Médicos e 15 Enfermeiros. Todos os Enfermeiros estão capacitados por formação específica atribuída pelo INEM bem como formação na área da condução de veículos prioritários. A sua área de abrangência não é um desenho no mapa. São frequentes as ativações para os concelhos de Oeiras, Amadora, Sintra, Lisboa, Cascais e Almada.

Para dar resposta aos referido anteriormente esta VMER encontra-se equipada com:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirador de Secreções</li> <li>• Caixas de luvas não estéreis</li> <li>• Capacetes com fonte de luz</li> <li>• Colete de imobilização e extracção</li> <li>• Conjunto de parto súbito</li> <li>• Desinfectante para mãos</li> <li>• Foco luz magnética com comando orientável</li> <li>• Garrafa de oxigénio suplementar</li> <li>• Lanterna recarregável portátil</li> <li>• Mala Médica</li> <li>• Manta Isotérmica</li> <li>• Material de Reserva</li> <li>• Mala de CPAP de Boussignac</li> <li>• Monitor/ Desfibrilhador LifePack 12</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta para Fichas Médicas</li> <li>• Plano duro pediátrico tipo PediLoc</li> <li>• Roteiros (Lisboa, Oeiras, Amadora, Cacém, Algueirão, Queluz, etc.)</li> <li>• Saco de Colares cervicais</li> <li>• Saco de Oxigenioterapia</li> <li>• Saco de Reanimação</li> <li>• Saco de Trauma</li> <li>• Saco do Ventilador</li> <li>• Sacos de Cadáveres</li> <li>• Sacola com fichas para situações de excepção</li> <li>• Sacola da Seringa Infusora</li> <li>• Tubo com sondas de aspiração várias</li> <li>• Tubo – Kit para Drenagem Torácica</li> </ul>
--	---

Quadro 5 – Material da VMER do HCDL

Cada material tem o seu local específico e está arrumado de forma ordenada para um acesso rápido e lógico. Cabe ao enfermeiro a verificação e reposição do material.

Para este estágio, com o intuito de lograr os predicados de uma prática de enfermagem avançada, foi delineado o seguinte objetivo geral:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica emergente em contexto pré-hospitalar e sua família.

Decorrente da multiplicidade de situações emergentes e das necessidades de cuidados de enfermagem especializados que delas provêm foram traçados como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados com recurso a competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, na área de Especialização em Enfermagem Médico -

Cirúrgica (EEMC) à Pessoa em situação crítica emergente em contexto pré-hospitalar e sua família;

- Compreender a intervenção pré-hospitalar à Pessoa em situação crítica emergente sujeita a enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (EAMCST) e sua família.

Para que, desde o momento em que a Pessoa se encontre em situação crítica emergente e seja realizado o contacto de auxílio de saúde até que chegue a um hospital com todas as condições necessárias para o restabelecimento do seu estado de saúde através da atuação da VMER, são necessárias algumas diligências, logísticas e intervenções. O próximo subcapítulo, incide sobre este espaço cronológico e será abordado com o objetivo de evidenciar, analisar, interpretar e refletir algumas das intervenções de enfermagem, quer sejam estas autónomas ou interdependentes, que mais sobressaíram ao longo deste aprendizado com o propósito de as apetrechar com o mérito de serem cuidados de enfermagem especializados.

### **2.3.1. Cuidados de Enfermagem e Atividades Desenvolvidas em Viatura de Emergência Médica e Reanimação**

Importa-nos então a atividade desenvolvida pela VMER. A ativação da mesma deve obedecer a alguns critérios que se podem apresentar de forma isolada ou combinada e podem ser percebidos num primeiro contato da pessoa com o CODU ou num segundo momento após a triagem realizada pela equipa da ambulância no local da ocorrência. De acordo com o Manual de VMER (INEM,2010) existem alguns critérios importantes de ativação: Paragem Cardiorrespiratória (PCR), Vítima inconsciente, Pressão arterial sistólica <100mmHg, Frequência cardíaca inferior a 50bpm ou superior a 100bpm, dispneia intensa, Diaforese/palidez, Agitação/ansiedade marcada e dor pré-cordial.

Vieira et al. (2005) sublinham que a equipa da VMER é constituída essencialmente por um Enfermeiro e por um Médico, que habitualmente acorrem em primeiro lugar às situações de emergência pré-hospitalar.

O acionamento desta poderá ser efectuado diretamente pelo CODU através da triagem realizada pelo operador da central ou por um pedido realizado pelo Tripulante de Ambulância à central. Esta é sempre acompanhada no local por uma Ambulância de Socorro (Mateus, 2007).

As funções da VMER no contexto do SIEM, segundo o INEM (2002) são as seguintes:

- *“Assegurar prioritariamente as funções vitais, abordando a vítima de acordo com os protocolos VMER. Genericamente: Via aérea (com controlo cervical), Ventilação, Circulação (com controlo de hemorragias), Disfunção Neurológica e Exposição (a necessária, controlando a hipotermia).*

- *Transporte da equipa médica ao local da ocorrência (representando esta acção a extensão do Serviço de Urgência Hospitalar à comunidade, pelo que, se possível, a base da VMER deve ser hospitalar).*
- *Transporte do equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV) e abordagem do traumatizado.*
- *Meios de Comunicação e Coordenação controlados pelo CODU local.*
- *Triagem em situações de multivítimas.*
- *Encaminhamento e acompanhamento até ao local mais adequado (e não necessariamente o mais próximo), sempre segundo indicação do CODU.*
- *Exposição e treino de técnicos de saúde à realidade pré-hospitalar, criando assim condições para a existência de formadores idóneos de outros elementos, nomeadamente das ambulâncias, pressupondo a necessidade de investimento nestas últimas como garante dos serviços mínimos a nível nacional”.*

A intervenção pré-hospitalar da VMER reveste-se de especificidades *sui generis* que, apesar de a definição de enfermagem, no seu âmago, se manter intacta como previsto pelo REPE no nº 1 do artigo 4.º do capítulo II como a profissão que “*na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*”, esta é direccionada à Pessoa doente em situação crítica emergente e em contexto não protegido, preparado e controlado em oposição ao ambiente hospitalar. Assim, existem factores que aumentam o grau de complexidade da prestação e cuidados de enfermagem:

O ambiente em que ocorre o encontro entre o enfermeiro e a Pessoa que pode ser na casa do receptor dos cuidados, na via pública ou num local público com familiares e civis ao redor como refere Higa (2008) quando nos diz que “*a diferença entre os atendimentos pré-hospitalar e hospitalar está no ambiente em que são realizados. Há várias etapas que precisam ser vencidas para que o paciente chegue ao hospital*”. Mas estratificáramos mais alguns factores que sobressaíram da nossa experiência enquanto estagiário numa equipa da VMER:

- O tempo em que esses cuidados têm que ser executados uma vez que a Pessoa se encontra em situação eminente de risco de vida ou muitas vezes tem que ser “*trazida de volta à vida*” e onde todos os segundos contam;
- Estes dois factores apresentam-se como geradores de stress situacional que na atuação pré-hospitalar se encontra amplificado;
- A informação disponível sobre a Pessoa e sobre a ocorrência afigura-se como outro ponto em que existe distinção no atendimento pré-hospitalar uma vez que esta é escassa e baseia-se na grande maioria das vezes em relatos e observações;

- O facto de as decisões serem tomadas pelos dois profissionais (médico e enfermeiro) sem possibilidade de outras opiniões que subsidiem a tomada de decisão ou o auxílio de um colega mais experiente.

A prestação de cuidados de enfermagem na área pré-hospitalar, apesar de ser caracterizado por um encontro fugaz entre a Pessoa receptora de cuidados e a sua família e o enfermeiro, por diversas vezes este encontro realiza-se num ambiente de grande tensão, devido à situação crítica em que a Pessoa se encontra e em que, sem dúvida, a prioridade é a estabilização do estado de saúde da Pessoa, existem diversas oportunidades para intervenções de enfermagem ditas não técnicas que podem também elas fazer a diferença. São exemplos disso os casos em que temos a possibilidade de comunicar com o doente quando o estado de saúde do mesmo o permite e, nessa altura, existe a oportunidade (senão o dever) de informar o doente e família daquilo que se passa e o que se irá suceder, para onde o doente será transportado e o que será necessário de meios complementares de diagnóstico e terapêutica para confirmação do desequilíbrio no seu estado de saúde e, desta forma, este tenha um nome e possa ser tratado não apenas de forma sintomatológica de intervenção rápida, pontual, *“life-saving”* como é a atuação pré-hospitalar da VMER mas no âmago da sua fisiopatologia. Desta forma pudemos verificar que o doente e a sua família se demonstram manifestamente mais calmos e tranquilos. Exemplos são os casos de óbito inesperado no domicílio em que a família se encontra não só nervosa como desorientada em relação ao que se passou e a necessitarem de orientações para os procedimentos seguintes, as situações de trauma em que, para a diminuição da morbilidade e mortalidade, é necessário que a Pessoa cumpra as imobilizações necessárias onde a explicação dos procedimentos e a finalidade dos mesmos são capazes de fazer com que a Pessoa seja um participante ativo do seu plano de cuidados, efetivando-se assim uma adesão ao seu regime terapêutico manifestamente superior, ou ainda em comunidades específicas existentes na área de intervenção da VMER do HCDL em que a sua cultura leva a que tenhamos que distribuir papéis ativos no tratamento e prestação de cuidados à vítima para que colaborem e ao mesmo tempo se sintam úteis.

Aliás, a comunicação assume um factor fundamental nesta área da prestação de cuidados. A comunicação entre a equipa médico/enfermeiro, com os agentes de socorro e de autoridade, com a própria vítima e com a sua família e até mesmo com civis que se encontram no local e podem ser um precioso auxílio em situações em que os meios parecem insuficientes ou quando a vontade de ajudar é muita.

A abordagem primária ao doente crítico em meio pré-hospitalar segue, de uma forma contínua e simultânea, a avaliação/tratamento ABCDE das Guidelines do European Resuscitation Council for Resuscitation e adoptado pelo Conselho Português de Ressuscitação e pelo INEM.

Como refere Thim et al. (2012), a abordagem ABCDE é aplicável a todas as emergências clínicas para uma imediata avaliação e tratamento da Pessoa. O mesmo autor refere que esta

é uma avaliação largamente aceite pelos peritos em medicina de emergência e melhora os resultados ajudando os profissionais de saúde a estarem focados nos problemas que mais em risco colocam a vida do doente.

As intervenções de enfermagem no âmbito pré-hospitalar assumem uma correlação autónoma ou interdependente. Assim, segundo o Parecer n.º84/2008, no âmbito do pré-hospitalar “(...) *as intervenções interdependentes requerem acções previamente definidas por protocolos de actuação (...) que permitem ao Enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções*”.

Suportando no REPE, no contexto pré-hospitalar, e relativamente às intervenções autónomas, as intervenções dos Enfermeiros encontram-se previstas na alínea nº4, artigo 9º do capítulo IV onde verificamos que estes “(...) *procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais*”. É desta forma que o Parecer n.º 84/2008 refere ser consensual que “*um enfermeiro com a adequada formação e a organização formal prévia de actividades interdependentes, proceda a obtenção de via aérea definitiva, a reanimação cardiorespiratória segundo algoritmos internacionais, a analgesia segundo protocolo, a realização de ECG e transmissão para validação por telemedicina, a realização de trombólise pré-hospitalar, a administração de fluidos sob protocolo, manobras como algaliação, entubação gástrica sob protocolo entre outros*”.

Diante destes dois tipos de intervenções de enfermagem, os Enfermeiros devem atuar de acordo com as suas qualificações profissionais. É aqui necessário salientar que os Enfermeiros da VMER possuem o curso de SAV que lhes permite, como refere Vieira et al. (2005) estarem qualificados em procedimentos como a entubação endotraqueal, a desfibrilhação, a decisão pela administração de alguns fármacos e outros procedimentos *life-saving* mas também a liderança de uma situação de emergência.

Neste processo de aprendizagem, exceção feita à aptidão da condução da viatura, foi-nos permitida a possibilidade de realizar todas as intervenções e funções de um enfermeiro operacional da VMER. Desde a gestão logística e verificação do material, à prestação de cuidados direta ao doente e família e a passagem da ocorrência ao serviço do hospital de destino com vista a proporcionar uma óptima continuidade de cuidados.

A alínea 1ª, do artigo 11.º do capítulo V do REPE, diz que “*Os enfermeiros têm direito ao livre exercício da sua profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e dos regulamentos do exercício de enfermagem*”. Então, como é lembrado por Vieira et al. (2005), todos os Enfermeiros com uma adequada qualificação profissional, devem conceder os cuidados necessários, sem medo de infringir ou ultrapassar o seu âmbito de intervenção. A mesma autora dá o exemplo quando refere as situações multivítimas, e em que as necessidades destas têm que ser providas de forma a

evitar o risco de vida e então o Enfermeiro tem de atuar sozinho, surgindo assim diversas dúvidas relacionadas com o papel dos profissionais.

Podemos então observar de uma forma mais lúcida quais as intervenções do enfermeiro no pré-hospitalar através do documento da OE (2007) das Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar:

- *“Actuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;*
- *Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;*
- *Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;*
- *Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento”.*

Por conseguinte, durante o período de estágio decorrido, na prestação de cuidados, demonstrámos conhecimentos e competências na realização de técnicas relacionadas com algoritmos específicos ao suporte de vida da Pessoa em situação crítica emergente como o algoritmo de Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida, Taquicárdias e Bradicárdias. Para isso foram valiosas munições, quer as aulas do Curso de Mestrado da Especialidade, quer o facto de ser detentor do curso de leitura de traçados cardíacos, SBV e de Suporte Imediato de Vida, não podendo esquecer a minha experiência profissional.

A preparação e administração de terapêutica foi uma constante neste período. Foram prestados cuidados de enfermagem à Pessoa vítima de trauma e realizadas técnicas de imobilização com colar cervical, plano duro, maca de vácuo, maca “scoop” e colete de extração, bem como imobilização de fraturas de membros.

Através dos turnos realizados foi elaborada uma base de dados sobre as 117 ativações realizadas em que estivemos presentes. Desta forma foi possível caracterizar a população atendida, o tempo decorrente de deslocação ao local, sinais e sintomas, avaliações objetivas efectuadas, intervenções realizadas, fármacos administrados número de acompanhamentos do doente até à unidade hospitalar, alterações no estado de saúde da Pessoa e principais hipóteses diagnósticas. Após a apresentação dos dados estatísticos decorrentes deste estágio irá ser realizada uma confrontação com os dados estatísticos referentes ao ano de 2012 disponibilizados no site da VMER do HCDL.

Assim, tive a oportunidade de prestar cuidados à Pessoa sob as seguintes ocorrências:

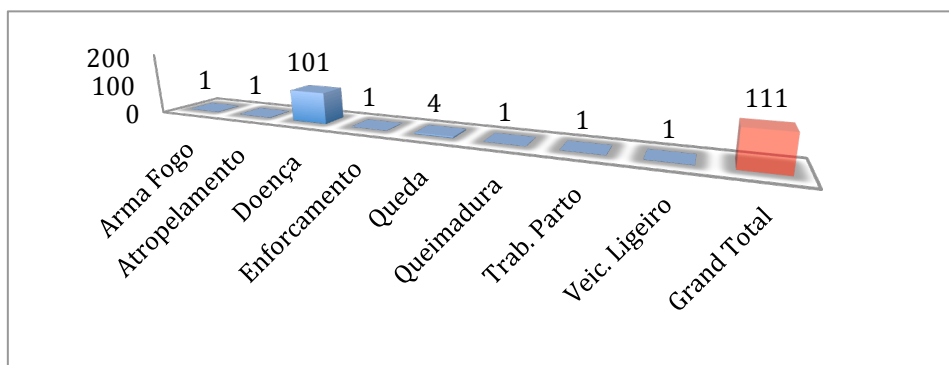


Gráfico 1 – Ocorrências durante o estágio na VMER

De salientar que ocorreram 6 desativações que não se encontram contabilizadas neste gráfico e, portanto, temos uma amostra de 111 ativações efetivas. Das mesmas, 91% foram pela ocorrência de doença e as restantes 9% foram por trauma, queimadura ou trabalho de parto. Acrescento que, nas nossas expectativas, estaria a ocorrência de um maior número de ativações por trauma, nomeadamente por colisão de veículo ligeiro.

O tempo médio de atendimento desde a receção do evento até à chegada ao local foi de 8 minutos e 17 segundos o que demonstra uma condução rápida e segura uma vez que a área de abrangência da VMER do HCDL poderá ir até ao conselho de Sintra ou Almada.

No que diz respeito à caracterização demográfica foram atendidos 56 vítimas do sexo masculino e 55 do sexo feminino o que se traduz em termos de percentagem em 50% para cada género. Em relação às idades das mesmas ficar o quadro seguinte de forma elucidativa:

Intervalo de Idade	]0-20]	]20-40]	]40-60]	]60-80]	]80-100[	Total Geral
Número de doentes atendidos	9	4	24	36	38	111

Quadro 6 – Distribuição etária dos doentes das ocorrências durante o estágio na VMER

Sem estranheza, 66% da população atendida situava-se na faixa etária entre os 60 e os 100 anos de idade sendo que a idade média situa-se nos 66, a mediana nos 70,5, a máxima nos 99 anos de idade e a idade mais baixa do utente atendido foi de 1 mês de idade.

Em relação aos Sinais e Sintomas para os quais fomos ativados na VMER de HCDL, sendo um campo livre de escrita e com uma grande variedade de combinações dos mesmos, torna-se bastante complexa a sua análise estatística mas verifica-se que na sua generalidade e diversidade a Paragem Cardiorespiratória, a Dor Torácica, as Alterações do Estado de Consciência e a Dispneia ou Dificuldade Respiratória são os sinais e sintomas mais referidos. A mesma situação de análise estatística ocorre nas Hipóteses Diagnósticas possíveis sendo as de Cadáver, Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Infecção Respiratória e a Ansiedade as mais observadas.

A dor torácica verifica-se como um dos sintomas mais frequentes e o EAM uma das hipóteses diagnósticas de maior incidência. Desta forma, achámos pertinente a realização de um estudo de caso de assistência a um doente com EAM com supradesnivelamento do segmento ST (EAMCST) em contexto pré-hospitalar (APÊNDICE IX). Pretendemos com o mesmo não só

compreender a intervenção pré-hospitalar à Pessoa em situação crítica emergente sujeita a EAMCST mas também a sensibilização dos profissionais de saúde e para a população na detecção e tratamento precoces nesta doença aumentando significativamente a sobrevivência e diminuindo a morbidade.

Evidencia-se no caso referido a necessidade de apostar no alerta da população para a detecção precoce e rápida ativação de uma equipa de emergência através da chamada para o 112, visto que, é neste espaço temporal, na cadeia de luta contra o tempo no tratamento do EAMCST, que mais se atrasa o mesmo e que poderá influenciar cada vez mais os resultados obtidos uma vez que os outros procedimentos como a detecção do EAMCST com a realização do Eletrocardiograma de 12 derivações (ECG), a terapêutica para estabilizar a evolução da isquémia, a ativação da Via verde coronária, e a prontidão para a intervenção coronária percutânea primária se encontram cada vez mais solidificados e eficientes no nosso sistema de saúde. No que diz respeito ao atendimento pré-hospitalar ficou demonstrado neste caso que a intervenção da VMER do HCDL satisfaz o tempo preconizado entre o primeiro contacto médico e a chegada ao hospital para a reperfusão.

Na abordagem à Pessoa em situação crítica emergente sujeita a EAMCST, o enfermeiro assume, em conjunto com o médico, a avaliação, monitorização e vigilância do doente, realização do ECG, preparação e administração de terapêutica, colocação de acesso venoso periférico, oxigenoterapia e ainda a função de relação interpessoal conseguindo a colaboração do doente e tranquilizando-o face à situação experienciada. Desta forma, segundo a literatura consultada, poderá ser diminuída a mortalidade e morbidade com redução da incidência insuficiência cardíaca e da deterioração da função ventricular esquerda.

Existiram 25 ativações da VMER que culminaram na morte da Pessoa. Alguns dos casos após a nossa atuação infrutífera, outros por não existir qualquer hipótese para a recuperação/manutenção da vida. A verificação de óbito em caso de cadáver é regulamentada pela Lei 141/99 de 28 de Agosto a qual refere no nº1 do Artigo 3º que “a verificação da morte é da competência dos médicos...” acrescentando no nº1 do Artigo 4º que “a verificação da morte compete ao médico a quem, no momento, está cometida a responsabilidade pelo doente ou que em primeiro lugar compareça (...)”. Significa isto que não será obrigatória a ativação de uma equipa de emergência e reanimação ao local uma vez que poderá ser o médico assistente a realizar a verificação de óbito, como são exemplo os casos de mortes esperadas, libertando a equipa da VMER para ocorrências nas quais realmente possam fazer a diferença e salvar vidas. Durante este estágio foram 25 as ativações que se finalizaram com a hipótese diagnóstica de “Cadáver”, ou seja 22,5% das mesmas. Não querendo asseverar com isto que todas estas ativações da VMER poderiam ser evitadas, uma vez que a presença de uma equipa clínica e nomeadamente de um enfermeiro junto à família e pessoas significativas na hora da morte está comprovada como sendo de extrema importância e demonstrou-se em alguns destes casos, mas em muitas

destas situações a VMER poderia estar disponível para outras ocorrências para as quais estão definidas as suas funções no contexto do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) pelo INEM (2002).

Para se chegar dos sinais e sintomas observados, relatados pelo CODU, familiares ou da própria pessoa até às Hipóteses Diagnósticas foram necessárias algumas avaliações tais como do estado de consciência da pessoa através da Escala de Comas de Glasgow, avaliação pupilar e da pele da pessoa, sinais vitais (frequência respiratória, cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigénio periférica), traçado cardíaco, glicémia capilar, realização de Electrocardiograma de 12 derivações (ECG) e todas as outras avaliações que se mostrassem pertinentes para cada caso seguindo uma metodologia de avaliação e tratamento ABCDE do doente crítico. Na tabela seguinte ficam alguns números de intervenções realizadas durante este estágio segundo o referido método:

<b>Airway</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração na entubação orotraqueal - 2;</li> <li>• Aspiração de secreções / Desobstrução da via aérea por corpos estranhos - 8;</li> <li>• Colocação de adjuvantes da via aérea;</li> <li>• Avaliar sons respiratórios - 111;</li> <li>• Controlo da coluna cervical e imobilização (em trauma) – 4;</li> </ul>
<b>Breathing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração de oxigenoterapia e nebulizações - 42;</li> <li>• Avaliação de oximetria - 86;</li> <li>• Avaliação de capnografia - 1;</li> <li>• Avaliação da frequência respiratória - 86;</li> <li>• Auscultação e percussão torácica;</li> <li>• Avaliar movimentos respiratórios - 86;</li> <li>• Ventilação – 2;</li> </ul>
<b>Circulation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do tempo de preenchimento capilar, coloração e sudorese da pele - 86;</li> <li>• Avaliação do pulso - 86;</li> <li>• Auscultação cardíaca;</li> <li>• Monitorização cardíaca - 86;</li> <li>• Realização de ECG - 29;</li> <li>• Desfibrilhação com Monitor Lifepak - 1;</li> <li>• Avaliação da pressão arterial - 86;</li> <li>• Colocação de acessos venosos periféricos - 28;</li> <li>• Compressões cardíacas – 1;</li> </ul>
<b>Disability</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da Escala de Comas de Glasgow- 111</li> <li>• Avaliação da glicemia capilar - 58;</li> </ul>
<b>Exposure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição e inspeção da pele da pessoa - 111;</li> <li>• Controlo da temperatura corporal - 86.</li> </ul>

Quadro 7 – Intervenções realizadas durante o estágio na VMER

Foram ainda realizadas 2 Entubações nasogástricas / Lavagens gástricas e 4 Imobilizações. Foram, no total preparadas e administradas 158 terapêuticas em situação de urgência.

Bem sabemos que algumas destas intervenções são interdependentes, ou seja, provêm da prescrição de outro profissional de saúde, neste caso o Médico, mas, como refere o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no nº4 do Artigo 9º do Capítulo IV que afirma que, os Enfermeiros “(...) *procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como*

*finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais*”. De realçar o dever de agir de acordo com a sua qualificação e conhecimento em situações de emergência com a finalidade de manter ou recuperar as funções vitais da pessoa. Desta forma constatamos que a linha entre a interdependência e a autonomia das intervenções do Enfermeiro esbate-se lado a lado com a sua qualificação e conhecimento, bem como com a gravidade da situação.

Em seguida é apresentado um gráfico com as intervenções realizadas quer de forma interdependente como autónoma:

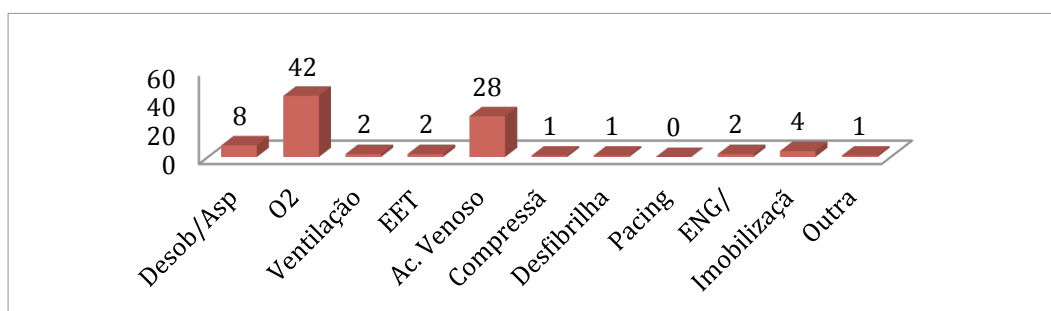


Gráfico 2 – Distribuição das intervenções realizadas durante o estágio na VMER

Sempre que justificado, após avaliação da equipa da VMER do HCDL, o doente foi transportado para o hospital com a valência adequada à sua situação clínica e ao seu tratamento e com uma localização geográfica mais próxima do local da ocorrência. Assim, 81 doentes foram transportados, dos quais 52 sem acompanhamento médico e 29 com acompanhamento o que corresponde a 36% dos atendimentos aos quais sempre fizemos questão de colaborar por forma a desenvolver intervenções, não só técnicas como relacionais e éticas, com vista a promoção de saúde, educação para a saúde facilitando o processo de adesão ao regime terapêutico.

Colaborámos no transporte da Pessoa até ao serviço de destino, comunicando de forma adequada a informação pertinente da ocorrência e da Pessoa ao enfermeiro do serviço receptor. Verificamos assim que, na sua grande maioria, os doentes foram transportados ao SU do Hospital Fernando Fonseca (HFF) e do HSFX, sendo que 2 dos doentes foram transportados, através da Via Verde Coronária, diretamente ao Serviço de Hemodinâmica do Hospital de Santa Cruz (HSC) e do HFF:

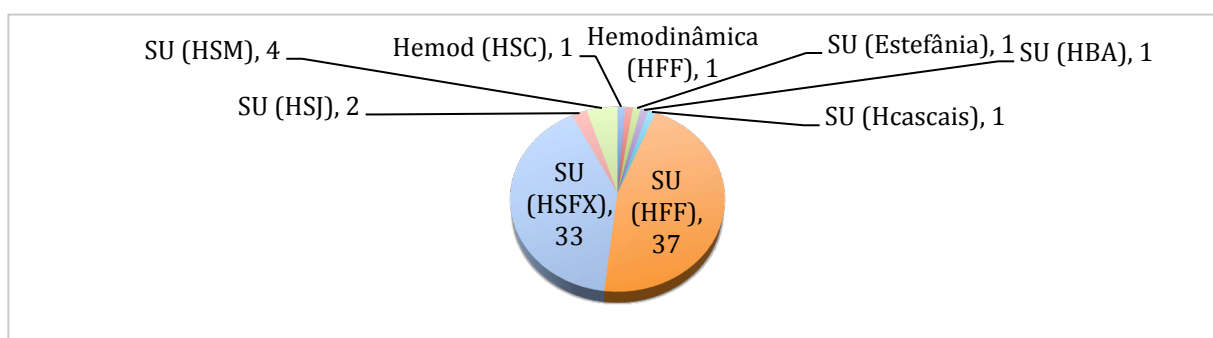


Gráfico 3 – Serviços para onde foram transportados os doentes durante o estágio na VMER

Da mesma forma, 30 dos doentes não foram transportados a qualquer unidade hospitalar sendo que 4 por decisão médica, 25 por morte e 1 por recusa:

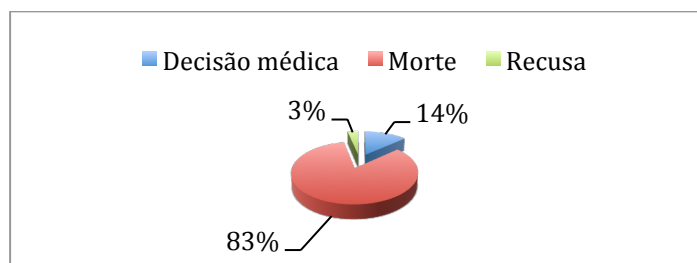


Gráfico 4 – Causas de não transporte dos doentes durante o estágio na VMER

No que diz respeito à evolução clínica do estado do doente após a intervenção da VMER do HCDL podemos verificar que a grande percentagem tende para a melhoria do seu estado de saúde:

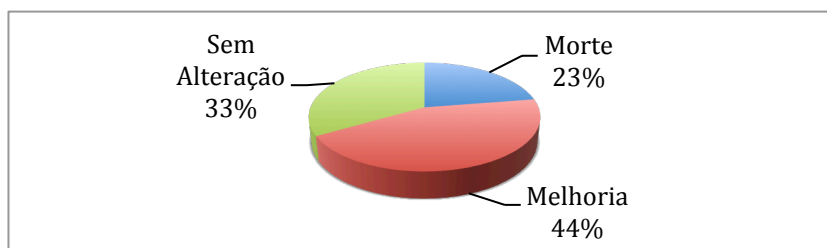


Gráfico 5 – Evolução do estado clínico dos doentes durante o estágio na VMER

Em seguida será concebida uma comparação entre alguns dados recolhidos durante o período de provação e os dados disponibilizados no site da VMER do HCDL referentes às ativações do ano 2012:

	Estágio	VMER HCDL 2012
<b>Inoperacionalidade</b>	0 horas	0 horas
<b>Ocorrências</b>		
<i>Doença</i>	91%	80%
<i>Trauma</i>	7,2%	12%
<i>Chegada ao local de ocorrência</i>	8min17seg (8,3min)	8,3min
<b>Destino final</b>		
<i>Transportados ao Hospital</i>	73%	74%
<i>Com acompanhamento médico</i>	36%	32,3%
<i>Não Transportados</i>	27%	27,3%
<b>Hospitais de Drenagem</b>		
<i>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental</i>	42%	44,7%
<i>Hospital Fernando Fonseca</i>	47%	40,6%

Quadro 8 – Comparação entre os dados da VMER do HCDL 2012 e os recolhidos durante o período de estágio

Salientamos aqui algumas questões. Como anteriormente referido, apesar de não se afigurar com uma assimetria díspar, a taxa de ocorrência de situações de trauma foi mais baixa do que o que seria expectável por nós. O tempo de chegada ao local de ocorrência apresenta o mesmo valor percentual o que se deve à exímia capacidade de navegação e leitura dos mapas dos Enfermeiros da VMER do HCDL. De realçar ainda um aumento dos doentes que foram transportados à unidade hospitalar com acompanhamento médico, no qual colaborámos, e que o Hospital de maior drenagem da VMER do HCDL foi o HFF que abrange a população do conselho da Amadora e Sintra.

Ainda que algumas das intervenções de enfermagem ao doente crítico emergente em contexto pré-hospitalar possam ser quantificáveis como demonstrado anteriormente, existem

outras intervenções no âmbito da relação interpessoal com a Pessoa e sua família que não são mensuráveis de uma forma tão inteligível e revelam-se muitas vezes como imprescindíveis não só para a adesão da própria Pessoa ao regime terapêutico por forma a melhorar os *outcomes* daquela situação em particular, mas também como forma de educação para a saúde e de prestação de cuidados à sua família e comunidade. Como exemplo disso e sempre que possível, foi aproveitado o transporte do doente à unidade hospitalar para explicar ao mesmo o que esperar daquele evento crítico ou como evitar que o mesmo se possa repetir, ou nos momentos em que havia possibilidade de falar com a família durante a permanência ou saída do local da ocorrência ou mesmo à porta do hospital depois de passar o doente à equipa do mesmo de forma a promover uma continuidade de cuidados segura e de excelência.

Não obstante foram várias as vezes que durante o transporte do doente até à unidade hospitalar foram necessárias intervenções de enfermagem ficando em reflexão o facto de o enfermeiros não acompanhar a Pessoa durante o transporte na ambulância. Com essa preocupação o Enfermeiro que conduz a viatura vai sempre junto à ambulância para caso exista a necessidade se deslocar para junto da Pessoa e prestar os cuidados necessários.

Por forma a acoplar um manancial teórico a esta relação interpessoal em contexto pré-hospitalar Berntsson e Hildingh (2013) comprovaram a adaptação do Modelo de Relações Interpessoais de Peplau realizado por Suserud et al. (2003) afirmando que a relação enfermeiro-doente no pré-hospitalar poder-se-á basear nas quatro fases o modelo: orientação, identificação, exploração e resolução sendo os papéis definidos no modelo dependentes da condição da Pessoa e das circunstâncias do ambiente.

A necessidade de refletir sobre a tomada de decisão clínica em contexto pré-hospitalar surgiu desde o primeiro dia. Os profissionais da VMER e, em relevância para esta área de especialização, os enfermeiros, têm que prevenir, minimizar e corrigir situações clínicas instáveis num contexto extra hospitalar onde se verificam várias condicionantes para tomar a decisão de qual, como e quando a intervenção é a mais adequada face à situação clínica e ao ambiente. Factores como a escassez de dados clínicos que muitas vezes são relatados pela própria pessoa, familiares, testemunhas ou mesmo os dados que sobressaem à observação do evento, o ambiente em que se está a realizar a prestação de cuidados, o tempo escasso que está sempre presente nas situações críticas emergentes do pré-hospitalar e que, regra geral, é um inimigo dos *outcomes* da saúde da Pessoa que, tudo somado é, por si só, um factor de stress acrescido.

Quase tudo o que um enfermeiro faz envolve decisões, seja no pré-hospitalar ou intra-hospitalar, portanto, conceptualizar sobre as decisões é quase o mesmo que conceptualizar sobre as atividades de qualquer enfermeiro. Thompson e Dowding (2005) afirmam que os enfermeiros defrontam-se diária e sistematicamente com a obrigatoriedade de tomar decisões no contexto de ação e agir em conformidade. Eles têm que tomar decisões num espaço que não é reservado e que está confinado a uma teia de relações que acontecem entre o doente,

a família e os restantes membros da equipa de saúde (Benner et al., 2011; Tanner, 2006; Lopes, 2006). São decisões processuais e multidimensionais que têm que considerar em simultâneo, o que deve ser feito, como deve ser feito e quando deve ser feito, no respeito da singularidade do doente e do seu contexto circundando segundo Gillespie e Paterson (2009). Bucknall (2000) afirma que nas unidades hospitalares os enfermeiros tomam cerca de duzentas e quarenta decisões por cada duas horas.

Surgem então dois modelos de decisão com expressão na literatura de enfermagem, os quais, segundo Nunes (2006), podem ser apresentados numa estrutura descritiva (explicitar como é que as pessoas alcançam os juízos e decisões), normativa (como as decisões devem ser tomadas num mundo ideal e enunciam normas) ou prescritiva (analisa a forma como as pessoas fazem juízos e tomam decisões para procurar prescrever) e, em função disso, podem dividir-se em duas categorias teóricas (Aitken et al., 2007): sistemático-positivista que sugerem que a tomada de decisão acontece num processo sequencial previamente definido e explicitado e assentam no pressuposto que existe alguma atividade de análise ou de resolução de problemas para o enfermeiro tomar uma decisão e o intuitivo-humanista em que a decisão é entendida no seio de um processo como um todo e no contexto de uma abordagem naturalista como expõem Thompson (1999) e Benner (2001) na sua teoria de iniciado a perito. Enquanto a primeira se interessa pelo número de dados e pelos processos de análise cognitiva para uma melhor decisão, a segunda dá primazia aos contextos relacionais e de comunicação com os doentes e serve-se da performance clínica para eleger as melhores opções.

No melhor dos dois mundos encontra-se a teoria do Continuum cognitivo de Hammond (1996, 2000) pois, de acordo com esta, ninguém pensa de forma exclusivamente intuitiva ou analítica mas que existe uma operação num continuum de diferentes modos cognitivos, com diferentes níveis e uma mistura de análise e intuição a que deu o nome de quase-racionalidade que recai nos pontos intermédios em função de um conjunto de condicionantes para a tomada de decisão.

Nunes (2007) defende que no modelo de Continuum Cognitivo, o julgamento profissional é a comunhão do racional e analítico com o intuitivo, na medida em que as decisões são tomadas em função dos dados disponíveis, do tempo para a tomada de decisão e da informação ser visual ou transmitida e, afirma mesmo que muitas das decisões clínicas da enfermagem em emergência recaem neste tipo de processo de decisão. Assim, Shabam (2005) na mesma linha de pensamento, acrescenta que, por forma a certificar em que modo cognitivo se encontra o pensamento existem três factores: a estrutura da tarefa, o número de informações à disposição e o tempo disponível para realizar o julgamento ou a decisão.

Assim, se o modo intuitivo expressa um pensamento rápido que processa dados de uma forma inconsciente, que combina com a informação disponível já existente, tem pouca consistência e é moderadamente preciso, o pensamento analítico é lento, consciente e consistente. Surge desta forma o modo cognitivo quase-racional que representa o tipo de

pensamento que se situa no intermédio dos extremos de ambos e com um misto dos dois permitindo uma troca entre os dois modos de pensamento na mesma decisão como é explicado por Hamm (1988).

O autor supracitado (1988) e Thompson (1999) afirmam que o peso entre os dois extremos depende de três dimensões justificadas por condicionantes:

1 – A complexidade da estrutura da situação clínica que envolve o número de dados clínicos, a redundância dos dados e a natureza do princípio organizador;

2- A ambiguidade do problema que se encontra relacionada com a existência de um princípio organizador, a familiaridade com o problema, e com o potencial de precisão;

3 – A natureza da apresentação do problema que está dependente da capacidade do clínico o decompor, da forma como a informação é apresentada e do tempo disponível para ajuizar sobre ele.

Assim, esta teoria sugere que a intuição é o modo mais eficiente de raciocinar nas situações onde o enfermeiro enfrenta uma grande quantidade de informação perceptiva e interrelacionada, mas onde a regra é a liberdade, envolvimento e responsabilidade para seguir e o tempo é limitado. Um modo analítico de raciocínio é mais apropriado nas situações onde o enfermeiro tem mais informação objetivamente estruturada, que pode ser facilmente categorizada dentro do tempo disponível (Dowding et al., 2008).

Um modo mais analítico de pensamento poderá ser aquele que mais se baseia na evidência, mas esta tomada de decisão envolve a combinação de conhecimento que sobressai da experiência clínica, as preferências do doente e a evidência da investigação dentro do contexto de recursos disponíveis como é lembrado por Thompson et al. (2004).

Contudo, além do tempo e dados disponíveis que, como anteriormente referidos são factores de influência para a tomada de decisão, existem também variáveis individuais uma vez que esta é uma interação entre pessoas e o ambiente que formulam um contexto. Estas variáveis são a experiência, o corpo de conhecimento, pensamento criativo, domínio do exercício, educação, auto-conceito e o ambiente e stress situacional.

Podemos refletir que para o enfermeiro da VMER a maioria das intervenções são interdependentes, mesmo as situações de risco de vida imediato, emergentes, *life-saving* estão de uma forma gradual e crescente a serem colocadas em algoritmos de decisão. Partimos portanto para um polo tendencialmente mais analítico do Continuum Cognitivo. Mas será de pensar que o trabalho é realizado em equipa, o enfermeiro faz parte do processo decisório juntamente com o médico e a deliberação é alcançada através do conhecimento e experiência de ambos. Além do mais, existem sempre situações em que há que decidir. Colocar pás adesivas para transporte de um doente com salvas de extra-sístoles ventriculares após EAMCST? Colocar um cateter G14 a um doente em hipovolémia ou colocar um G18 até estabilizar o doente e posteriormente se necessário colocar-se-á mais acessos? Permanecer na rua de um bairro problemático a prestar cuidados a um doente

vítima de agressão por arma de fogo ou levá-lo de imediato para a ambulância retardando o seu tratamento mas promovendo a segurança de toda a equipa?... e nas situações multivítimas?...

Estas interrogações não pretendem assumir uma conotação provocatória, ao invés representam uma demonstração de alguns dos muitos exemplos aos quais é inevitável ao enfermeiro que se afaste do campo de ação interdependente e onde as suas intervenções autónomas e conscientes podem fazer a diferença, uma vez que o trabalho é feito pela equipa médico-enfermeiro (e em equipa), de uma forma analítica, racional e também intuitiva, tendo como único objetivo a estabilização ou melhoria do estado de saúde da Pessoa.

### **3. REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NOS ESTÁGIOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

As considerações expostas no decorrer deste capítulo apresentam-se como um conciso explanar de momentos de pensamento crítico e reflexivo realizado de uma forma contínua durante os períodos de estágio, quer nos momentos prévios à interação com a Pessoa e família, como durante prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica e à sua posteriori pois, somente este exercício reflexivo permitirá atingir uma prestação de cuidados de enfermagem especializados como refere Duchscher (1999), quando se baseia na definição do Conselho Nacional Canadiano para a excelência e o pensamento crítico, afirmando que este constitui um processo ativo, hábil, intelectualmente disciplinado com o intuito de conceptualizar, aplicar, analisar e sintetizar a informação recolhida ou gerada pela observação, experiência, reflexão, raciocínio ou comunicação como guias para ação. No final deste segmento do relatório serão identificadas algumas limitações, dificuldades e contributos do percurso desenvolvido durante os períodos de estágio.

Simpson & Courtney (2002), na sua revisão da literatura acerca do pensamento crítico na formação em enfermagem, afirmam que existia grande discórdia acerca de definição de pensamento crítico até à publicação do Delphi Report em 1990 que veio clarificar as perspectivas do que representa pensamento crítico e o que não. Podemos então conceber que o pensamento crítico, segundo Facione (1990), apresenta um propósito, com julgamento auto regulado que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência bem como explicação de considerações de evidência conceptual, metodológica, criteriológica ou contextual acerca da qual o julgamento é baseado. Idealmente, aquele que reflete criticamente deve ser inquisitivo, bem informado, honesto face às suas tendências, prudente nos julgamentos, disposto a considerar, claro acerca das questões, metódico em questões complexas, diligente na procura de informação relevante, razoável na seleção dos critérios, focado na investigação e persistente na busca de resultados que devem ser tão precisos como o assunto e a circunstância da pesquisa o permitir.

A prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de enfermagem baseados na evidência, em que se reflete sobre os pressupostos considerados como certos e que norteiam a *praxis* (Craig e Smyth, 2004). Assim, através dos padrões de conhecimento em enfermagem desenvolvidos por Carper (1978) organizaremos os contributos prosperados durante este percurso. São eles o conhecimento empírico, ético, pessoal e estético.

No seio empírico da disciplina da Enfermagem, o metaparadigma é o nível mais abstracto do conhecimento. Determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina. Há muitos anos, a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem foram propostos quer como fenómenos de enfermagem, quer como os primeiros conceitos metaparadigmáticos de enfermagem e continuaram a ter utilidade enquanto principais conceitos de organização para a disciplina e para a profissão. Assim, Powers e Knapp

observaram que existe um entendimento generalizado de que o metaparadigma da enfermagem consiste nos conceitos centrais de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

Através destes conceitos metaparadigmáticos centrais à enfermagem que serviram de orientação na nossa prática, revemo-nos na visão de **cuidados de enfermagem** à Pessoa em situação crítica de Meleis (2000) acreditando que o propósito da Enfermagem é apoiar as pessoas nas situações de transição ou em antecipação de uma transição, como por exemplo nos casos de acidente, doença aguda/crónica ou mesmo na morte, com vista ao bem-estar. Acrescentaríamos ainda que, na perspectiva de Watson (1985), o enfermeiro quando cuida entra no campo fenomenológico da Pessoa, detecta, avalia e dá resposta às necessidades identificadas para dar início ao processo do cuidar orientados por dez factores cuidadosos (Watson 1985): *“Formação de um sistema de valores humanista-altruísta; Instilação de Fé-Esperança; Desenvolvimento da sensibilidade face a si mesmo (self) e face aos outros; Estabelecimento da relação de ajuda/confiança; Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; Uso sistemático do método científico na resolução de problemas para a tomada de decisão; Promoção do ensino/ aprendizagem interpessoal; Promoção de um ambiente de apoio e/ou correcção mental, físico, sociocultural e espiritual; Assistência com a satisfação das necessidades humanas e o Reconhecimento de forças existenciais fenomenológicas”*.

Desta forma, as atividades por nós desenvolvidas nos estágios desejaram-se como facilitadoras dos processos de transição que a Pessoa em situação crítica e sua família experimentam através da promoção da saúde, prevenção da doença e satisfação das necessidades humanas básicas.

Transição é definida como “a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para o outro (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais que a Pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação” (Meleis e Trangenstein, 1994, p.256).

A **Pessoa**, elemento central na prática de enfermagem desenvolvida neste percurso, na visão de Henderson deve manter o equilíbrio físico e emocional, e quando doente requer ajuda para obter independência, é um todo onde o corpo e a mente são inseparáveis, ele e a sua família são uma unidade e as suas necessidades são rodeadas pelas 14 necessidade humanas básicas (Tomey e Alligood, 2004)

A Pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada Pessoa num ser único, com dignidade própria e direito de auto-determinação. Os comportamentos da Pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a Pessoa interage com o ambiente modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia. Na medida em que cada Pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da

sua natureza individual, podemos atingir um entendimento no qual cada um de nós vivencia um projeto de saúde. A Pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros (Conselho de Enfermagem, 2001).

Envolvemos assim o contexto, **ambiente** e situação em que se dá o encontro entre o enfermeiro e a Pessoa na prestação de cuidados de enfermagem. As necessidades tornam-se dependentes do contexto e situação de cada Pessoa, sendo um ser único e individual, apresenta necessidades diferentes da outra sendo premente que o enfermeiro distinga as necessidades de cada Pessoa naquele dado momento e ambiente.

Existe o dever de proporcionar um ambiente seguro na prestação de cuidados à Pessoa, através de competências comunicacionais, é nele que se desenvolve a interação enfermeiro-doente e sua família. O contexto onde ocorre a prestação de cuidados não deve ser adverso à Pessoa mas sim potenciador do seu estado de saúde. Medidas como a prevenção e controlo de infeção, domínio de técnicas de diagnóstico e terapêutica são fomentadoras de um ambiente próspero e seguro.

**Saúde** é a aliança entre o estado e a representação mental da condição individual variável no tempo (a procura do equilíbrio em cada momento, de acordo com a situação e o contexto em que se encontra), o controlo do sofrimento, o bem-estar e o conforto físico, psico-espiritual, social e ambiental. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. Saúde representa uma experiência imediata, multidimensional e holística de se ser fortalecido através da facilitação das transições e satisfação das necessidades da Pessoa.

Fomentamos a promoção da saúde, facilitámos as transições de processos de saúde-doença da Pessoa em situação crítica e fornecemos contributos de relevo para uma prática segura, de qualidade e baseada na evidência científica mais atualizada.

Assentámos a nossa *praxis* em padrões éticos e morais com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da Pessoa em situação crítica e sua família, o controlo da dor, a promoção do conforto, o respeito pela autonomia, individualidade e privacidade da Pessoa, refletimos sobre o processo de tomada de decisão em enfermagem, acompanhámos a Pessoa e a família durante o processo de fim de vida proporcionando uma abordagem terapêutica integrada e cooperativa, informámos e explicámos o que se sucedia e o que se poderia esperar de dada situação.

Pautámos este percurso por uma demonstração pessoal de competência, seriedade, mas também de alegria e boa disposição que consideramos fundamental para o estabelecimento de uma relação de ajuda intencional. Demonstrámos brio, rigor, curiosidade, vontade em aprender com a humildade e honestidade de dizer “*não ser*” ou “*como fazem?*”, diligentes na procura de informação relevante e pertinente, fomos ativos e pró-ativos, inquisidores e também desanimámos quando algo não nos corria de feição ou por nalgum momento

pensarmos que poderíamos ter feito mais. Ainda assim fomos persistentes e regressávamos com uma determinação ainda maior em cada dia.

No que diz respeito à arte que representa a enfermagem, a sua estética, através de contributos para uma prática de enfermagem de qualidade e segura e da sua aplicação através da evidência científica desenvolvemos formação sobre os cuidados de enfermagem à Pessoa vítima de trauma e sua família e desenvolvemos uma folha de transferência com vista à continuidade desses cuidados, demos relevo à abordagem e tratamento sistematizado, à documentação do processo de enfermagem e ao acompanhamento da família. Alteraram-se atitudes e práticas. Realizámos uma norma de cuidados à Pessoa sob VNI, padronizámos cuidados, revimos a literatura e oferecemos auxílios para suprimir as necessidades de suporte nutricional com os cuidados à Pessoa sob AP. Esclarecemos dúvidas e mitos. Analisámos estatisticamente a intervenção do enfermeiro na VMER oferecendo visibilidade à profissão e valorizando a sua atuação no contexto da Pessoa em situação crítica emergente, compreendemos a sua atuação em situações de EAMCST promovendo a informação da população como forma de reduzir a morbilidade e mortalidade. Intentamos que o nosso conhecimento possa ser publicado e disseminado.

Procederemos agora à identificação das principais vantagens e contributos académicos, pessoais e profissionais proporcionados por este percurso, bem como das dificuldades e limitações inerentes à realização do mesmo.

#### ***Contributos e Vantagens***

- Aprendizagem de novos conhecimentos técnicos, científicos e relacionais;
- Desenvolvimento e/ou aquisição de competências na área de EEMC;
- Partilha de experiências com o grupo multidisciplinar e com o corpo de docentes;
- Supervisão dos docentes;
- Conhecimento de diferentes realidades de prestação de cuidados;
- Promoção e consolidação de uma Enfermagem avançada e da prática baseada na evidência com cuidados seguros e de qualidade;
- Consolidação de uma prática crítico-reflexiva sobre a intervenção de enfermagem
- Desenvolvimento de competências na área de EEMC
- Boa relação e cooperação de trabalho multidisciplinar nos locais de estágio;
- Capacidade de trabalho em equipa;
- Integração consciente das teorias de enfermagem na prestação de cuidados;
- Integração das técnicas comunicacionais para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz;
- Enriquecimento contínuo, através da pesquisa bibliográfica;
- Implementação de uma cultura de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem;
- Implementar alguns dos trabalhos desenvolvidos onde exercemos funções.

#### ***Dificuldades e Limitações***

- Limitações na escolha dos campos de estágio impostos pelas instituições de saúde;
- Períodos de estágio curtos para implementação de projetos de investigação em enfermagem e avaliação de projetos implementados;
- Limitações cronológicas para realização de pesquisa e implementação de atividades que requerem mais tempo;
- Não valorização das competências desenvolvidas;
- Fraco reconhecimento do elevado investimento pessoal e profissional;
- Resistência à mudança de comportamentos e atitudes face aos cuidados de enfermagem por parte dos profissionais de saúde;
- Conciliação entre os interesses académicos, profissionais, pessoais e os das instituições e serviços.

Quadro 9 – Principais contributos, vantagens, limitações e dificuldades do percurso realizado

#### 4. CONCLUSÃO

No decorrer deste relatório foram descritas, de uma forma sucinta, com enfoque nos pontos mais relevantes, as atividades realizadas e as vivências proporcionadas pelos estágios realizados no Curso de Mestrado da EEMC, relatámos o processo de como foram adquiridas, desenvolvidas e poderão ser certificadas as competências nesta área de especialização com recurso à análise, reflexão crítica e construtiva do resultante dos campos de prática onde tivemos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à Pessoa em situação crítica e sua família, possibilitando, desta forma, uma avaliação deste percurso que empregou a Pessoa que constituímos.

Este percurso verificou-se como um caminho árduo, no qual investimos todo o nosso empenho com o propósito de propiciar ganhos pessoais, para a profissão e, por consequência, para a Pessoa. Com o propósito de outorgar visibilidade à profissão que tão orgulhosamente representamos, fortalecemos uma praxis de qualidade, competente, segura, científica e humana, progredindo no sentido da autonomia, predicados que nos acompanharão no nosso exercício profissional quotidiano, legaremos aos nossos pares e manifestaremos no contexto multidisciplinar com a ostentação de uma prática de enfermagem especializada.

A aliança do contributo teórico e do conhecimento da enfermagem com a prática, pode e deve, de facto, existir e subsistir. Compostas por várias décadas de presença no campo da prestação de cuidados, a teoria oferece saberes de *o que é, porque é, a quem e como se exerce enfermagem*, demonstrando um corpo de conhecimentos que sustenta a ciência e a arte de que se compõe o cuidado à Pessoa.

Podemos então concluir que, de uma forma criativa e plástica, conquistámos, na sua plenitude, os objetivos a que nos propusemos, alcançando outros mais no decorrer desta etapa educativa que não se encontravam contemplados em projeto de estágio ou nas nossas cogitações iniciais, mas que se demonstraram pertinentes e relevantes quer a nível pessoal como a nível institucional e de ganhos em saúde da Pessoa e família.

A postura adoptada durante este trajeto foi sempre de responsabilidade, profissionalismo, disponibilidade, interesse e humildade. Neste rumo para a especialidade, pelas competências alcançadas e desenvolvidas, desempenhamos um papel fundamental na promoção e garantia de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem. Competências como a tomada de decisão e a apreciação clínica, crítica e reflexiva em enfermagem e sobre a enfermagem alicerçados na evidência e nos princípios ético-deontológicos e morais foram sendo desenvolvidas ao longo desta etapa de formação especializada.

O Módulo de Serviço de Urgência foi marcado pela fomentação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade com a finalidade de maximizar os ganhos em saúde da Pessoa e família como o conforto, a dignidade, a continuidade dos cuidados, a facilitação das transições no processo saúde-doença e satisfação entre tantos outros que ficam por referir.

Verificou-se como um desafio decorrente de um ambiente em constante mutação e novidade e onde as oportunidades de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados foram inúmeras. Destacam-se a formação realizada sobre cuidados de enfermagem à Pessoa em situação crítica vítima de trauma pela observável mudança de comportamentos na prestação de cuidados que, com recurso à evidência científica, incrementaram a qualidade e segurança dos mesmos bem como o conforto da Pessoa em mais um passo em direção à excelência, à visibilidade e autonomia dos cuidados de enfermagem com repercussão positiva em indicadores de qualidade dos cuidados como são a incidência das úlceras por pressão ou a satisfação do doente.

A folha de transferência de enfermagem do doente vítima de trauma visou a continuidade dos cuidados com otimização da informação pertinente e precisa acerca das intervenções realizadas e das necessidades da Pessoa aquando da transferência inter-hospitalar. A capacidade de antecipar e atuar na eminência de eventos críticos, a agilização de uma prestação de cuidados de qualidade e seguros e as técnicas para desenvolver uma relação interpessoal eficaz são contributos que nos irão acompanhar.

No tempo permanecido em UCI, de uma forma progressiva e dinâmica, suportada pela aquisição de conhecimentos e habilidades, foram desenvolvidas competências técnicas, relacionais, éticas e científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e sua família e mais concretamente ao doente submetido a cirurgia cardíaca e sua família em contexto de UCI.

O contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na abordagem à Pessoa crítica foram patenteados por ações como a partilha de conhecimento com a equipa multidisciplinar e principalmente com os colegas, a elaboração da Norma de Procedimento de Cuidados de Enfermagem ao Doente sob VNI e da Revisão Integrativa da Literatura com informação atual e pertinente sobre AP em UCI. Os cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica com patologia cardíaca, submetido a ventilação mecânica, a avaliação da situação clínica, parâmetros hemodinâmicos, hidroeletrólíticos e intervenções de enfermagem específicas e personalizadas que vão ao encontro das necessidades individuais de cada Pessoa e direcionadas à melhoria da sua condição e conforto são recursos que nos foram incrementados.

O estágio na VMER possibilitou a prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica emergente em contexto pré-hospitalar e sua família. A elaboração de um estudo de caso acerca de uma Pessoa com EAMCST permitiu-nos compreender melhor o percurso, recomendações, tratamentos e os cuidados necessários ao doente em risco eminente de vida onde o diagnóstico, a terapêutica, monitorização, vigilância, o tempo e a promoção da saúde e dos seus sinais de alerta assumem um papel principal no palco da saúde nacional.

Refletir sobre a tomada de decisão clínica foi enriquecedor para compreensão e capacitação da nossa própria tomada de decisão em eventos relacionados com a Pessoa em situação

crítica e sua família. Aspecto que consideramos separar um enfermeiro perito munido de grande capacidade intuitiva de um enfermeiro perito especialista que presta cuidados seguros e de excelência ao aliar a capacidade intuitiva decorrente da sua prática clínica à prática baseada na evidência através de um *continuum cognitivo* conferindo, desta forma, à capacidade decisória da prática clínica uma fundamentação científica, prestando cuidados seguros e de qualidade à Pessoa. A intervenção e prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em situação crítica emergente, com a interiorização de *guidelines* específicas e a sua maleabilidade a cada Pessoa e a cada caso foi desenvolvida na nossa *praxis*.

Congratulamo-nos por observar a mudança de práticas no nosso local de trabalho no caminho de uma prestação de cuidados máximizadora de ganhos em saúde para a Pessoa. A capacidade de desenvolver a nossa atividade sobre limites de tempo e pressão acrescida adicionou um aumento de confiança e tranquilidade que permitem raciocinar com maior clareza na elaboração de um plano de cuidados e de intervenção, com capacidade para discutir com os restantes elementos da equipa multidisciplinar essas mesmas questões.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (2002). *Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade*. Revista Sinais Vitais, nº14, 2002, p. 53-57.
- AITKEN, L. M., et al. (2008). *Critical care nurses decision making: sedation assessment and management in intensive care*. Journal of Clinical Nursing, 2008, nº18, p. 36–45.
- ALARCÃO, I. (2001). *Formação Reflexiva*. Revista de Enfermagem Referência, 2001, I(6), p. 53-59.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (2009). *National Database of Nursing Quality Indicators: Transforming Data into Quality Care*. [Em Linha] Kansas City: ANA, 2009. 6p. [21 Set. 2014] Disponível em <https://www.nursingquality.org/>
- AMERICAN TRAUMA SOCIETY (2011). *Trauma facts*. [3 Julho 2014]. Disponível em <http://www.amtrauma.org/injury-prevention-programs/trauma-facts/index.aspx>
- ATKINSON, Belinda L. (2009). *A unidade de cuidados intensivos*. Revista Nursing Ed. Portuguesa, nº 242. 2009, p.43-49. ISSN 0871-6196
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto editora. 2001
- BENNER, P., KYRIAKIDIS, P. H. & STANNARD, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care a thinking-in-action approach*. New York: Springer Publishing Company. 2011. E-book ISBN: 978-0-8261-0574-5.
- BERNTSSON, T. e HILDINGH, C. (2013). *The nurse-patient relationship in pre-hospital emergency care--from the perspective of Swedish specialist ambulance nursing students*. *Int Emerg Nurs*. 2013 Oct; 21(4): p.257-63. doi: 10.1016/j.ienj.2012.10.003.
- BERTONE, T.B., Ribeiro, A.P.S., Guimarães, J. (2007). *Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente*. Revista Fafibe On Line, 3, 1 - 5.
- BRYKCZYNSKI, K. (2004). *De principiante a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. In: Tomey, A & Alligood, M.. Teóricas de enfermagem e sua obra. Modelos e teorias de enfermagem (5a ed.). (pp. 185-207). Loures: Lusociência.
- BUCKNALL, T. (2000). *Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting*. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 25-36.
- CAPITÃO, E., PIRES, J. (2009). *Nursing protocol – Hemodynamic Monitoring*. Rev Port Med Int, Vol 16, nº3. Lisboa: SPCI, 2009. ISSN – 0872 –3087.
- CARPER B. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Science*, Gaithersburg (MD) 1978 Out; 1(1), p. 13-23.
- CHALIFOUR, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Vol.1. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-05-5

- CHICK, N.; MELEIS A. I. (1986). *Transition: a nursing concern*. In Chinn, P. L., *Nursing research Methodology*. Reckeville: aspen, 1986, p. 237-257;
- COIMBRA R.S., et al. (1998). *Emergências Traumáticas e Não Traumáticas: Manual do Residente e do Estudante*. 1st ed. São Paulo (Brasil): Editora Atheneu; 1998.
- COLLIÈRE, M. F. (2000). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel. p. 388
- CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Ordem dos enfermeiros. [Em linha]. [16/06/2014]. Disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>.
- CRAIG, Jean, SMYTH, Rosalind (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004. 309p. ISBN 972-8383-61-4.
- CRUZ, E.J.E.R., SOUZA, N.V.D.O. (2008). *Repercussões da variabilidade na saúde do enfermeiro intensivista*. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 10, nº 4 (2008), p. 1102-1113. [21 Setembro 2014]. Disponível na internet: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a23.htm>. ISSN 1518-1944
- DELCHAMBRE, N. et al. (2000). *Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain: orientation diagnostique*. De Boeck Supérieur, 2000. 71 p., ISBN 280-41348-7-3
- DESPACHO n.º18 459/2006. D.R. 2a Série. 176 (2006-09-12) 18611-18612
- DESPACHO NORMATIVO n.º11/2002. D.R. I Série B. 55 (2002-03-06) 1865-1866
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI)*. Ministério da Saúde. Lisboa. 2007
- DIÁRIO DA REPUBLICA, 1ª Série – Nº103 – Decreto-Lei nº 220, 29 de Maio de 2007
- DIOGO, C. S. (2007). *Impacto da relação cidadão – Sistema de triagem de manchester na requalificação das urgências do SNS*. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007. Mestrado em Gestão dos Serviços de saúde; Consultado a 5 de Julho de 2014. Disponível em: <http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/993/1/IRC-Sistema%20Triagem%20Manchester%20na%20requalifica%C3%A7%C3%A3o%20das%20urg%C3%AAcias%20do%20SNS.pdf>
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Circular Normativa No: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Ministério da Saúde. Março de 2010; [ 5 de Julho 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- DOWDING, D., et al. (2008). *The decision making of heart failure specialist nurses in clinical practice*. *Journal of clinical nursing*, 18, 1313-1324.
- DUCHCHER, J. E. B. (1999). *Caching the wave: understanding the concept of critical thinking*. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 577-583.
- FACIONE, P. A. (1990). *The Delphi Report*. Millbrae CA: California Academic Press

- GILLESPIE, M. & PATERSON, B. (2009). *Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework*. *Nursing Education Perspectives*, 30 (3), 164–170.
- HAMM, R.M. (1988). *Clinical Intuition and Clinical Analysis: Expertise and the Cognitive Continuum*. In J. Dowe, & A. Elstein (Eds), *Professional Judgment: A Reader in Clinical Decision Making*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HAMMOND, K. R. (1996). *Human Judgment and Social Policy: Irreducible Uncertainty, Inevitable Error, Unavoidable Injustice*. Oxford University Press, Oxford, England.
- HAMMOND, K. R. (2000). *Judgments Under Stress*. Oxford University Press, New York.
- HENDERSON, Virgínia (2003). *Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII*. 4ª ed. Conselho Internacional de Enfermeiros, 2003. 59 p. ISBN 929-50057-1-6
- HENDERSON, Virgínia (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta, 2007. 74p. ISBN: 978-989-8075-00-0.
- HESBEEN, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, Walter (2001). *Qualidade em Enfermagem – pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. 219p. ISBN 972-8383-20-7.
- HIGA, E., ATALLAH, A. (2008). *Guia de medicina de urgência – 2ª edição*. São Paulo, Manole
- INEM (2002). *Meios do Instituto Nacional de Emergência Médica: Viatura Médica de Emergência e Reanimação, Via verde para a vida – Newsletter do INEM, n.º2 (Trimestral)*
- INEM (2013). *Secção Publicações: Relatório de Actividades 2013* [20 de Dezembro de 2014], Disponível em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140806114337305065.pdf>
- INEM (2010). *Manual VMER 3ª ed*. Lisboa: INEM, 2010;
- KADIC, R. (2012). *Relatório de Estágio - Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2012; [ 5 de Junho de 2014]. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10911>
- KOLCABA, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- LE BOTERF, Guy (2002). *Les compétences, de l'in- dividuel au collectif. De quel concept de com- pétence avons-nous besoin? Soins Cadre*, 41, pp. 20-22.
- LEI 141/99 de 28 de Agosto. [ 8 de Janeiro de 2015], Disponível em: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=240&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=240&tabela=leis)

- LIMA, Jorge P. de B. (2008). *A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas*. Universidade do Minho, Escola de Engenharia. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia Humana. Outubro 2008
- LOPES, M.J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- MASSADA, Salvador da Rocha (2002). *Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave - Normas de Orientação Clínica e Administrativa*. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de S. João, 2002. 112 p. ISBN: 972-9027-98-6.
- MATEUS, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar – Que Realidade*. Camarate, Lusociência;
- MCCLAVE et al. (2009). *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient- Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N)*. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 33:277. 2009. [28 Out. 2014]. Disponível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19398613](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19398613);
- MCEWEN, M., & Wills, E. M. (2009). *Bases teóricas para Enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- MELEIS, A. et al. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*, Advances in Nursing Science. 23:1 ( Sep.,2000) 12-28.
- MELEIS, A ; TRANGENSTEIN, P. (1994) – *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*, Nursing Outlook. 42 ( Nov. – Dez., 1994) 255-259.
- MELEIS, Afaf (1991). *Theoretical Nursing: development and progress*. 2a ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 1991. 617 p. ISBN 978-0-3975-4823-1.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). *O Serviço de Urgência – Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes*, 2006. [3 de Julho de 2014]. Disponível em: [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads\\_HEPE/producao\\_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf)
- NATIONAL QUALITY FORUM (2004). *National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance Measure Set*. [Em Linha] Washington: National Quality Forum, 2004. 100p. [21 Set. 2014]. Disponível em [http://www.qualityforum.org/Projects/n-r/Nursing-Sensitive\\_Care\\_Initial\\_Measures/Nursing\\_Sensitive\\_Care\\_\\_Initial\\_Measures.aspx](http://www.qualityforum.org/Projects/n-r/Nursing-Sensitive_Care_Initial_Measures/Nursing_Sensitive_Care__Initial_Measures.aspx)
- NOLAN, J. P., et al. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*. Resuscitation, 81(10), 1219-1276; [20 de Dezembro de 2014], Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20956052>
- NUNES, F.M.F. (2007). *Tomada de decisão de enfermagem em emergência*. Nursing, 17(219), p. 7-11.

- NUNES, Lucília (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso Ordem dos Enfermeiros. [25 de Janeiro de 2015], Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ComL N.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComL N.pdf)
- OLIVEIRA, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Divulgar. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Dezembro de 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. [19 de Agosto 2012]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. [19 de Agosto 2012]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) [Em linha]. [5 de Janeiro de 2015], Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CE-84-2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-84-2008.pdf).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) [Em linha]. [01/2015]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedenoticias/Dez\\_2007/Enun cia\\_Prehospitalar%20-%20final.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedenoticias/Dez_2007/Enun cia_Prehospitalar%20-%20final.pdf).
- PEPLAU, Hildegard (1991). *Interpersonal Relations in Nursing – a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. [Em linha] New York: Springer Publishing Company, 1991. 335p. ISBN 978-0-8261-7911-1. [4 de Julho de 2014]. Disponível em: [http://books.google.de/books?id=ck8-E6FL-1UC&printsec=frontcover&dq=hildegard+peplau&source=bl&ots=OCZZCsJajM&sig=iHCu8T VjFcJmrBfvNY9TpNbstz0&hl=de&ei=9zinTPLhLovtOf6WmNQM&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCEQ6AEwATgC#v=onepage&q&f=false](http://books.google.de/books?id=ck8-E6FL-1UC&printsec=frontcover&dq=hildegard+peplau&source=bl&ots=OCZZCsJajM&sig=iHCu8T VjFcJmrBfvNY9TpNbstz0&hl=de&ei=9zinTPLhLovtOf6WmNQM&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCEQ6AEwATgC#v=onepage&q&f=false)
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- PHIPPS, Wilma J., et al. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6a ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7. Vol. II - Tomo III, p. 2389- 2410.

- PINA, Elaine; SILVA, Goretti; FERREIRA, Etelvina (2011). *Relatório do inquérito de prevalência de infecção de 2010: programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde*. DQS: PNCI, 2011.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento - *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. [Em linha] Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003. 72p. ISBN: 972-675-097-0 [24 Set. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- PROFETTO-MCGRATH J., NEGRON K., HUGO K., et al. (2010) *Clinical nurse specialists' approaches in selecting and using evidence to improve practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing* 7: 36–50.
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO (REPE) (1998), Decreto-Lei n.o 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei no 104/98 de 21 de Abril.
- RIBEIRO, P. C. P. S. V. (2012). *A Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar – Construção de uma Teoria Explicativa: Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado*. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde / Universidade Católica Portuguesa
- RILEY, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4a ed.). Loures: Lusociência.
- SANTOS, I., et al. (2012). *Caring: building a new history of sensibility* - Online braz j nurs. 2012; 20(3). [28 Out. 2014]. Disponível em [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3774/html\\_2](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3774/html_2);
- SAPETA, P., LOPES, M. (2014). *Processo de Interação Enfermeiro-Doente, em Fim de Vida, num Hospital de Agudos*. Revista Cuidados Paliativos, n.º 1, Vol 1. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 33-44;
- SARAIVA, M.C. (2003). *O processo de comunicação em ambiente oncológico: vivências dos enfermeiros e seus significados*. Revista Investigação em Enfermagem, 8, 37 - 48.
- SHABAM, R. (2005). *Theories of clinical judgment and decision-making: A review of the literature. Australasian Journal of Paramedicine*, 3 (1).
- SHEEHY, Susan (2001). *Enfermagem de Urgência – da teoria à prática*. 4a ed. Loures: Lusociência, 2001. 877 p. ISBN: 972-8383-16-9.
- SILVA, A. C. R. (2010). *Reformas no sector da saúde: a equidade em cuidados intensivos*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010. ISBN 979-972-54-0273-3. p. 75-90.
- SILVA, A. C. R. (2000). *Como gerir uma unidade de cuidados intensivos*. Revista Servir. ISSN 0871-2370. Vol 48, n.o 2 (2000) p. 68-75.
- SILVA, M.J.P (2005). *O aprendizado da linguagem não verbal e o cuidar*. In M. C.

- SIMPSON, E., & COURTNEY, M. (2002). *Critical thinking in nursing education: Literature review*. International Journal of Nursing Practice, 8, 89-98.
- SINGER, P., et al. (2009). *ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Intensive care*. Clinical Nutrition, 2009, 28(4), 387- 400. [28 Out. 2014] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19505748>;
- SOARES, C. S. (2009). *A Formação de supervisores para a supervisão em ensino clínico*. Revista Sinais Vitais, Julho, 49-58.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008 Consultado a 5 de Julho de 2014. Disponível em [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)
- STEFANELLI, M. C. (2005). *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 47 - 61). São Paulo: Manole.
- TANNER, C.A. (2006). *Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing*. Journal Nursing Education, 45 (6), 204-211.
- TEIXEIRA, A. I. C. et al. (2014). *Ventilação não invasiva: uma prática especializada à pessoa em situação crítica*. Livro de Resumos: 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2014. ISBN: 978-989-8444-28-8;
- TEIXEIRA, J. A. C. (2004). *Comunicação em saúde: Relação Técnicos de saúde-Utentes. Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- THELAN, L., et al. (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção*. 2a ed. Lisboa: Lusodidacta, 1996. 1050p. ISBN 972-96610-2-2.
- THIM, T., et al. (2012). *Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach*. International Journal of General Medicine. 5, 117-121
- THOMPSON C, et al. (2004). *Nurses, information use, and clinical decision making—the real world potential for evidence-based decisions in nursing*. Evid Based Nurs 2004;7:68-72
- THOMPSON, C. (1999). *A conceptual treadmill: the need for ‘middle ground’ in clinical decision making theory in nursing*. Journal of Advanced Nursing 30, 1222–1229.
- THOMPSON, C., Dowding, D. (1999). *Clinical decision making and judgment in nursing*. Edited by Carl Thompson & Dawn Dowding: Mosby and Saunders.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5.a ed., Loures: Lusociência, 2004. 750p.
- UCP – *Guia de Estágio*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2014. 8p.

- UCP-ICS– *Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. Regulamento Geral.* 2012.1-15;
- VIEIRA, P., Oliveira, L., RESSURREIÇÃO, S. (2005). *O Enfermeiro Perante a Emergência Pré-Hospitalar*, Sinais Vitais, n.061 (Julho), pp. 32-35;
- WATSON, J. (2002). *Intentionality and Caring-Healing Consciousness: A Practice of Transpersonal Nursing. Holistic Nursing Practice*; 16(4); pp.12-19.
- WATSON, Jean - *Enfermagem pós-moderna e futura: Um novo paradigma de enfermagem.* Lisboa: Lusociência,2002a
- WATSON, Jean - *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem*, Loures: Lusociência, 2002b, ISBN: 972-8383-33-9

## 6. APÊNDICES

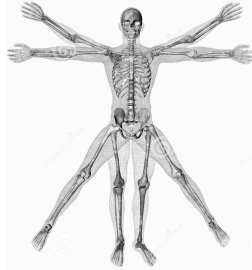


**APÊNDICE I – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO “CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE POLITRAUMATIZADO”**





# **Cuidados de Enfermagem ao Doente Politraumatizado**



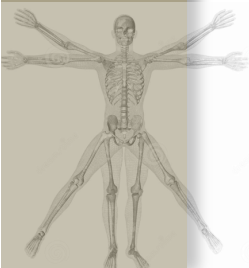
**Marco Vidal**  
**Tutor: Prof. Manuela Madureira**  
**Orientador: Enf. Chefe José Friães**

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



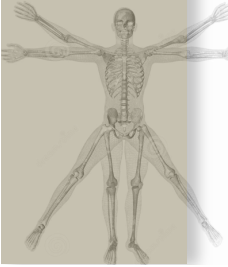
## **Objetivo**

- ★ Contribuir para a melhoria da segurança dos cuidados de enfermagem no âmbito da abordagem à pessoa em situação crítica vítima de trauma e sua família.





## Objetivos



# Introdução

★ O Trauma é considerado uma das epidemias do séc. XXI

- ★ Principal causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida, na maioria dos países desenvolvidos.
- ★ Estima-se que as mais de 312 milhões de ocorrências/ano no mundo determinem mais de 3,8 milhões de mortes/ano e ainda que por cada morte há 3 pessoas com incapacidade permanente.

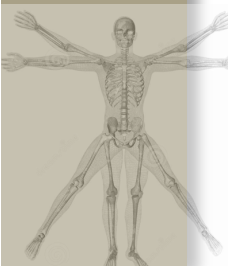
ATLS, 2004

- ★ O Trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o Mundo, incluindo Portugal.
- ★ É largamente reconhecido que para o Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas.

DGS - Circular Normativa No: 07/DQS/DQCO, 2010



## Objetivos



# Introdução

★ **Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)**

★ **Demonstração e treino das técnicas de trauma:**

★ Estabilização cervical com alinhamento manual

★ Aplicação de colar cervical

★ Rolamento e Levantamento

★ Colocação e imobilização em plano duro

★ Colocação e imobilização em maca pluma



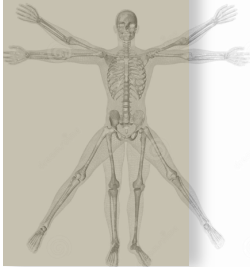
Objetivos

Introdução

## Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Procedimentos:

- ★ Lavagem higiénica das mãos
- ★ Utilização de Equipamento de Proteção Individual
- ★ Avaliação Inicial
- ★ Tipo de Trauma / Tipo de Incidente / Mecanismo de Lesão
- ★ Mobilização em Bloco
- ★ Posicionamento



Objetivos

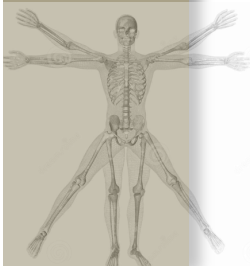
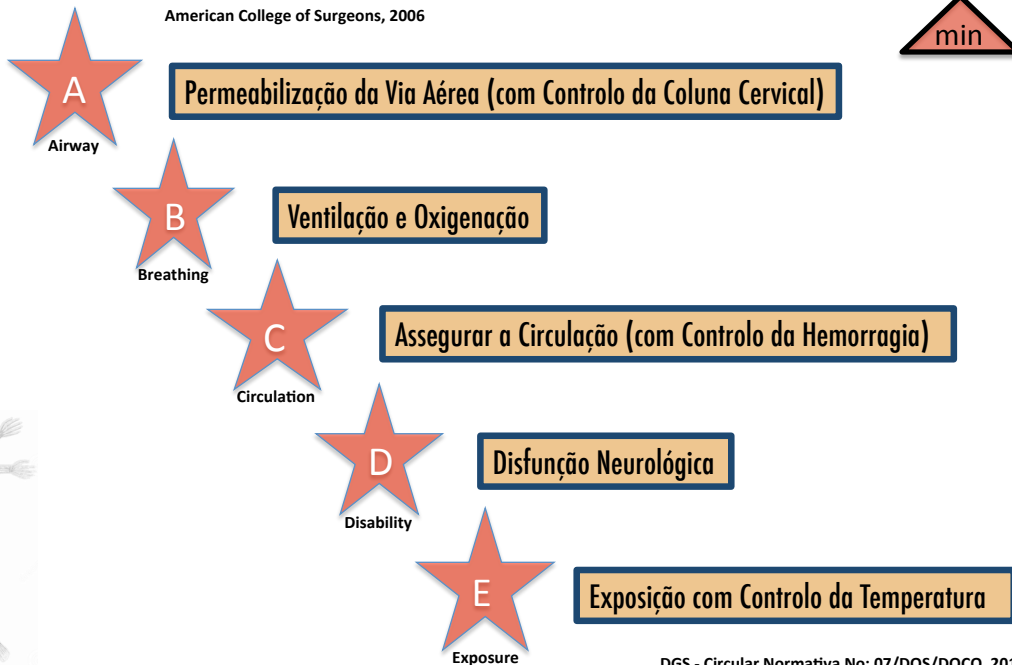
Introdução

**Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)**

### Avaliação Primária:

American College of Surgeons, 2006

20  
min

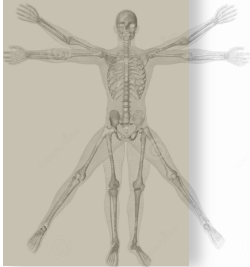




## Objetivos

### Introdução

**Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)**



## Avaliação Secundária:

60

min

### ★ Recolha de Informação:

C: Circunstâncias do Acidente  
H: História Anterior de Doenças e/ou Gravidez  
A: Alergias  
M: Medicação Habitual  
U: Última Refeição

### ★ Parâmetros Vitais / MCDT's e Colheitas Laboratoriais

### ★ Observação geral/sistematizada

### ★ Avaliação Contínua

Manual de abordagem à vítima (para médicos e enfermeiros). INEM, 2012

### ★ Proporcionar Conforto

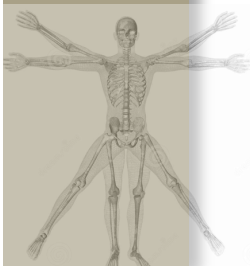
### ★ Família

### ★ Registos Precisos e Rigorosos

## Objetivos

### Introdução

**Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)**



## Técnicas de Imobilização

### ★ Estabilização cervical com alinhamento manual

### ★ Aplicação do Colar Cervical

### ★ Rolamento

### ★ Levantamento

### ★ Maca Pluma ("Scoop")

### ★ Imobilização em Plano Duro

### ★ Imobilização em Maca de Vácuo ("Coquille")

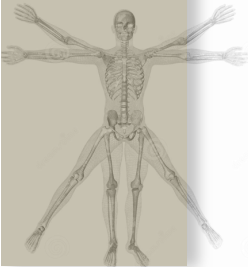


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Estabilização cervical com alinhamento manual

★ Tem como objetivo manter a região cervical alinhada em posição neutra até que a vítima esteja completamente imobilizada

- ★ Palmas da mão sobre os pavilhões auriculares da vítima;
- ★ Utilizar os dedos de forma a proporcionar uma estabilização eficaz e segura;
- ★ Apoiar os cotovelos ou antebraços



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

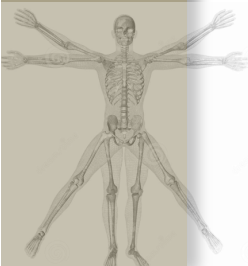


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Aplicação do Colar Cervical

- ★ O 1º elemento deve manter o alinhamento e a imobilização da cabeça e coluna cervical em posição neutra (Eixo nariz-umbigo-pés);
- ★ O 2º elemento procede à escolha do tamanho do colar cervical medindo a distância do ângulo da mandíbula à base do pescoço;
- ★ Ajustar primeiro a parte anterior do colar colocando, de seguida, a parte posterior;
- ★ O 1º elemento mantém sempre o alinhamento em posição neutra e a imobilização durante os movimentos a realizar posteriormente;



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

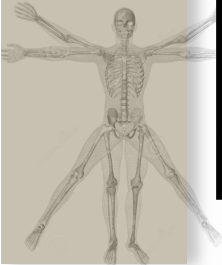


## Objetivos

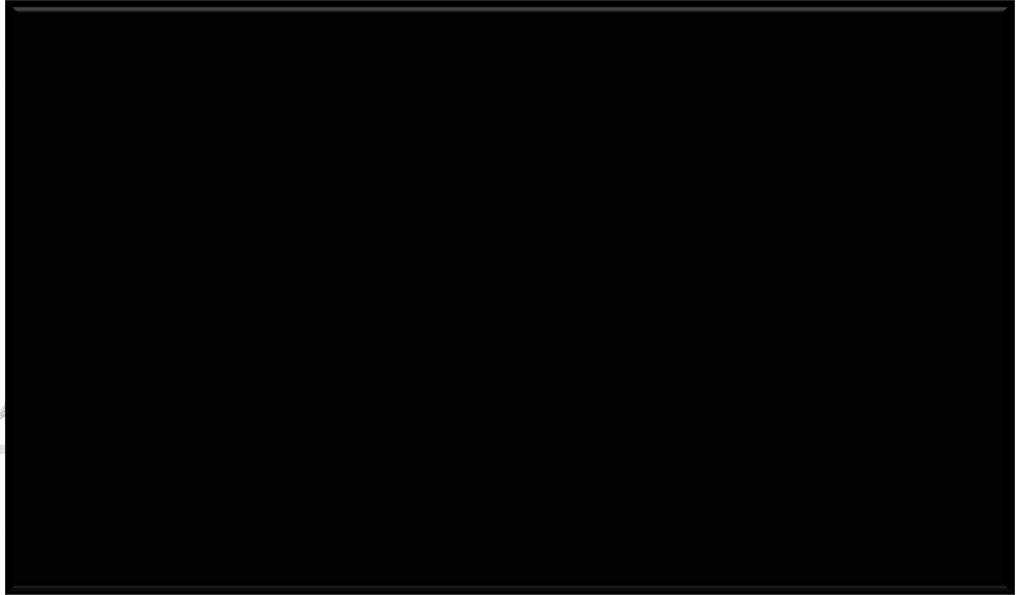
### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Aplicação do Colar Cervical



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

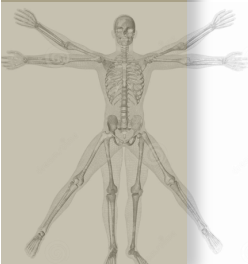


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Rolamento

★ Objetivo de mobilizar a vítima para um dispositivo de imobilização, lateralizar a vítima com suspeita de trauma vertebro-medular, examinar a região posterior do tronco;

★ Adaptada de acordo com a posição em que a vítima se encontra

★ 1º elemento mantém o alinhamento e estabilização em posição neutra; 2º elemento ao nível do tórax da vítima; 3º elemento ao nível dos joelhos;

★ Membros superiores e inferiores da vítima junto ao corpo e plano duro colocado do lado oposto dos elementos;

★ Segurar a vítima pelos ombros e pela cintura pélvica e é rolada suavemente mantendo o alinhamento;

★ Aplicar plano duro contra o dorso da vítima posicionando-o de forma a que a sua porção terminal fique entre os joelhos e os tornozelos da mesma e a porção superior acima da cabeça;

★ A vítima é rolada para cima do plano duro e desce junto com este para o solo;

★ Uma vez no solo, posicionar a vítima no topo do plano com o corpo centrado segurando-a nos ombros, região pélvica e membros inferiores deslocando-a na diagonal.



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

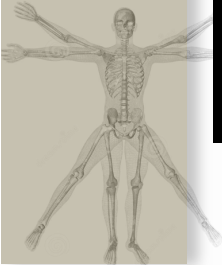


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

## Técnicas de Imobilização



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

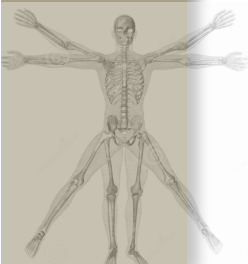


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

## Técnicas de Imobilização



### ★ Levantamento

★ Priorizar utilização de maca pluma

★ 1º elemento mantém alinhamento e imobilização em posição neutra, 2º e 3º elementos de um lado da vítima, 4º e 5º elementos do outro lado colocam os membros superiores e inferiores da vítima juntos ao corpo;

★ **“Colocar mãos!”** - Os elementos posicionados lateralmente à vítima colocam as mãos sobre esta;

★ **“Introduzir!”** - Colocam as mãos debaixo da vítima com movimentos deslizantes;

★ Definir altura a que a vítima será elevada



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

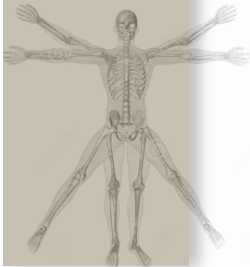


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Levantamento

★ Priorizar utilização de maca pluma

- ★ **“À minha voz três, levantar! – Um, dois... três”** - Fazer o levantamento da vítima em bloco aplicando força para cima e para a frente;
- ★ O 6º elemento Introduce o plano duro debaixo da vítima pelo lado dos pés de forma a que o topo do mesmo fique a um nível superior à cabeça da vítima;
- ★ **“Baixar!”** - abaixamento em bloco de forma que a vítima fique posicionada com o corpo centrado e cabeça colocada no topo do plano;
- ★ Retirar as mãos com os mesmos cuidados com que foram introduzidas;
- ★ Imobilizar a vítima no plano rígido.



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

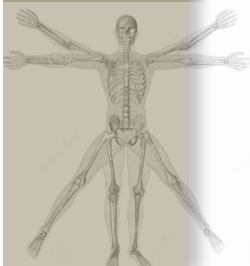


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Levantamento



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

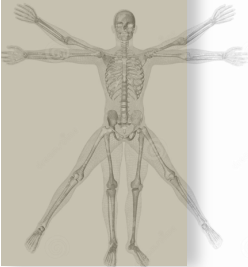


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Maca Pluma "Scoop"

- ★ Objetivo de mobilizar a vítima para um dispositivo de imobilização adequado, situações de resgate e transferência de macas mantendo a estabilização e alinhamento com o mínimo movimento da coluna vertebral;
- ★ Não pode ser usada como maca de transporte.

- ★ 1º elemento mantém alinhamento e imobilização em posição neutra da coluna cervical;
- ★ 2º e 3º elementos colocam maca ao lado da vítima adaptando à sua altura e dividindo-a em duas partes;
- ★ 2º elemento agarra no ombro mais distante e na anca da vítima e alivia-a ligeiramente, rolando-a para si, de modo a facilitar a introdução da maca pluma pelo 3º elemento;
- ★ Sem mudarem de posição alternam o procedimento e introduzem a outra metade da maca unindo-a primeiro em cima e depois junto aos pés da vítima;
- ★ 2º e 3º elementos procedem ao levantamento da vítima à ordem do 1º elemento, pegando pelos apoios laterais;
- ★ A remoção da mesma deverá ser realizada pelo 2º e 3º elementos começando por cima e, executando um movimento para fora e para cima, retiram alternadamente as duas metades da maca.

Fonte: INEM – Técnicas de extracção e imobilização de vítimas de trauma, 2012

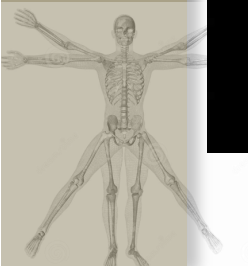


## Objetivos

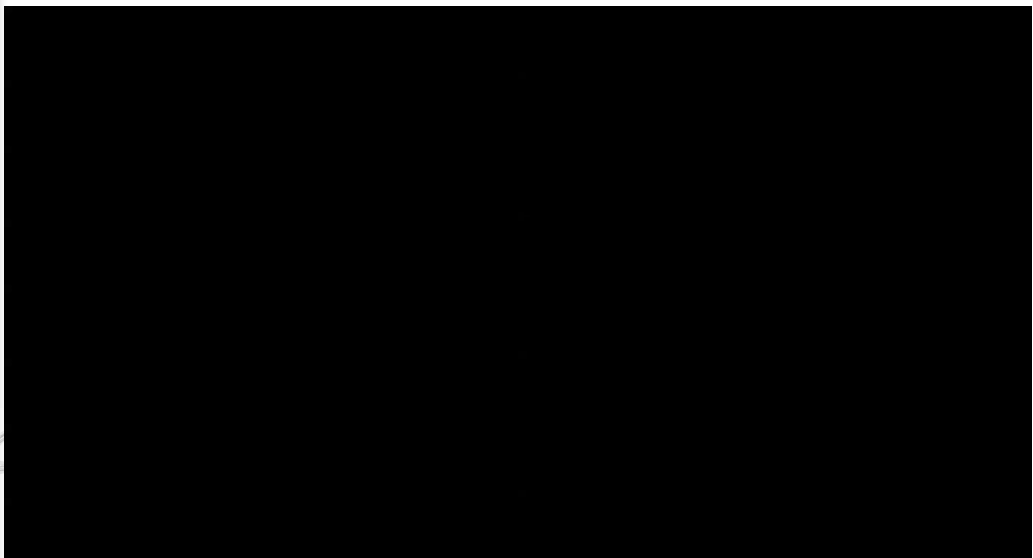
### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Maca Pluma "Scoop" - Colocação



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e imobilização de vítimas de trauma, 2012

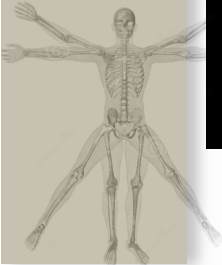


## Objetivos

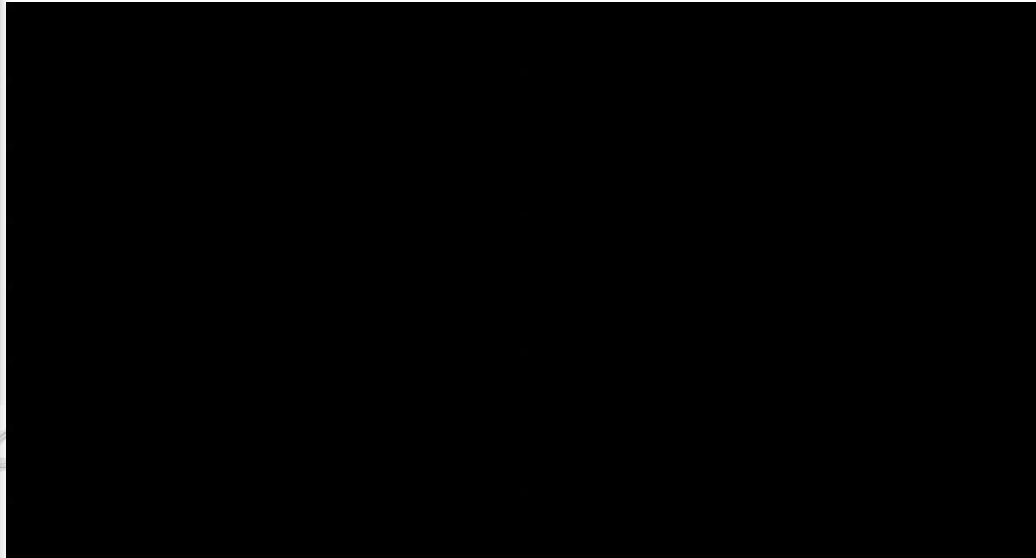
### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

## Técnicas de Imobilização



## ★ Maca Pluma "Scoop" - Remoção



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

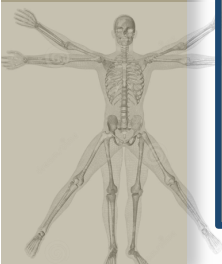


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

## Técnicas de Imobilização



## ★ Imobilização em Plano Duro

★ Manter a estabilidade da coluna-vertebral quando há suspeita de lesão vertebral e quando é necessário proceder à imobilização de uma vítima instável.

- ★ A base do imobilizador de cabeça deve estar previamente colocada no plano duro;
- ★ 1º elemento mantém o alinhamento da coluna cervical, 2º elemento coloca o cinto do tórax e depois o da região pélvica de forma a não permitir movimentos longitudinais ou laterais do tronco da vítima e procede depois à fixação da estrutura escápulo-umeral;
- ★ Colocação dos imobilizadores de cabeça: O 2º elemento substitui o 1º no alinhamento da coluna cervical aplicando a mão aberta sob o colar cervical exercendo pressão no sentido do plano e para cima. O 1º elemento aplica as almofadas, lateralmente, ajustadas ao crânio, fazendo encaixar as orelhas da vítima nos orifícios existentes;
- ★ O 1º elemento procede, em seguida, à colocação das cintas de fixação, primeiro a cinta frontal que prende na parte lateral inferior das almofadas, depois a cinta do mento, cruzando com o primeiro para fixação na parte superior das almofadas;
- ★ Fixação das pernas imediatamente acima do joelho e do tornozelo, devendo os espaços livres ser almofadados de modo a que a vítima não se mobilize nem deslize.

Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

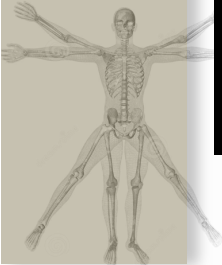


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Imobilização em Plano Duro



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

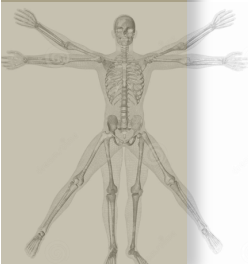


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Imobilização em Plano Duro

- ★ Deverá ser utilizado apenas durante o tempo indispensável – Provoca desconforto e pode provocar úlceras por pressão;
- ★ Se se prevê um tempo de transporte prolongado, superior a 60 min deve ser utilizado em conjunto com maca de vácuo;

Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

A imobilização em plano duro é um útil componente da abordagem pré-hospitalar para a extracção e transporte da Pessoa vítima de trauma. Não é uma ferramenta de abordagem intra-hospitalar nem representa forma de tratamento definitivo de qualquer tipo de lesão.

Deaconess Trauma Service, Practice Guideline, 2004

A remoção do plano duro durante a avaliação inicial da Pessoa vítima de trauma no serviço de urgência ajuda a promover o conforto do doente e a prevenção de úlceras por pressão.

Cedars-Sinai Medical Center, Backboard removal guideline, 2007

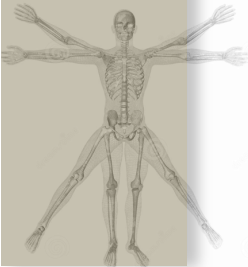


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Imobilização em Plano Duro



Fonte: Autonomia do Enfermeiro na Mobilização da Pessoa Vítima de Trauma, 2014

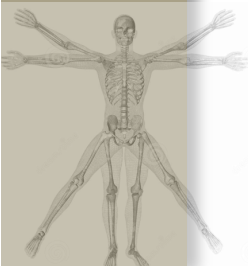


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Maca de Vácuo "Coquille"

- ★ **Objetivos:** Transportes com duração superior a 60min; Helitransporte.
- ★ Em vítimas com trauma da coluna vertebral é mandatório utilizar em conjunto com o plano duro com estabilizadores de cabeça e cintos aplicados.
- ★ Verificar sinais de dificuldade respiratória, sinais vitais e evitar movimentos desnecessários.



Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

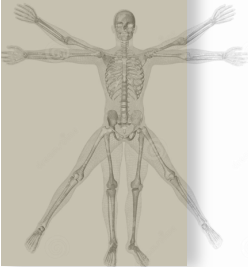


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## ★ Mudança de maca no hospital

- ★ A transferência deve ser realizada com recurso ao levantamento da vítima que pode ser em plano duro, em “bloco” ou com recurso a maca pluma (provavelmente o método mais eficaz e seguro na maioria das situações);
- ★ Manter sempre o apoio da cabeça e o alinhamento da coluna em todas as etapas.

Fonte: INEM – Técnicas de extracção e Imobilização de vítimas de trauma, 2012

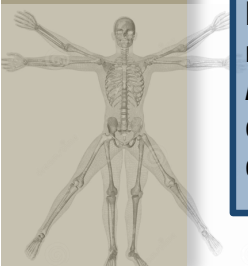


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## Documentação do Processo de Enfermagem

### ★ Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se também por “avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados”.

DECRETO-LEI nº104/1998. p4

### ★ A organização dos Cuidados de Enfermagem:

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;

Ordem dos Enfermeiros - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, (2001)

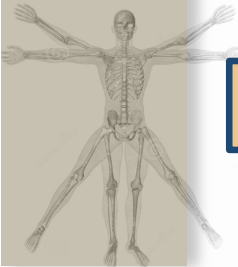


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## Documentação do Processo de Enfermagem

### ★ Área Ambulatória

★ Registos pela sequência ABCDE;

★ Registos do Padrão Documental das atividades diagnósticas e atitudes terapêuticas realizadas:

★ Monitorizar: sinais vitais, Monitorizar: o estado de consciência, Monitorizar: glicémia capilar...

★ Dispositivo Respiratório, Catéter Venoso Periférico, Ferida, Técnica Invasiva, Catéter Urinário, Sonda Gastrointestinal...

★ Diagnóstico: "Aprendizagem sobre adesão: ausente" devido à necessidade em cumprir imobilização

★ Informações sobre o acidente e cinemática podem fornecer indicadores importantes para deteção de lesões;

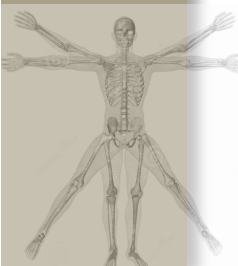


## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização



## Documentação do Processo de Enfermagem

### ★ Sala de Observação

★ Diagnósticos de Enfermagem sobre os focos: Úlcera de pressão, Autocuidado: Higiene Pessoal, Autocuidado: Transferir-se, Autocuidado: Eliminação...

★ Vigilâncias



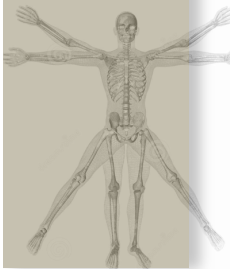
## Objetivos

### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização

Documentação do Processo de Enfermagem



## Conclusão

★ O cuidados prestados à pessoa vítima de trauma contribuem para a diminuição da morbilidade e mortalidade;

★ A abordagem ABCDE visa corrigir situações que coloquem a pessoa em situação crítica vítima de trauma em risco de vida imediato;

★ A avaliação secundária constitui-se como complementar à abordagem inicial tendo em vista a deteção de situações que podem maximizar os resultados de saúde da pessoa em situação crítica;

★ As técnicas de rolamento e de imobilização em plano duro tendem a perder força na imobilização do doente crítico vítima de trauma, ao invés, o transporte e mobilização em maca pluma reveste-se de uma importância cada vez maior;

★ A documentação do processo de enfermagem é parte integrante dos cuidados prestados e contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados;



## Objetivos

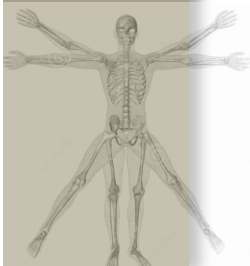
### Introdução

Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)

### Técnicas de Imobilização

Documentação do Processo de Enfermagem

### Conclusão



## Práticas

★ Levantamento

★ Rolamento

★ Imobilização em Plano Duro

★ Maca Pluma "Scoop"



**Objetivos**

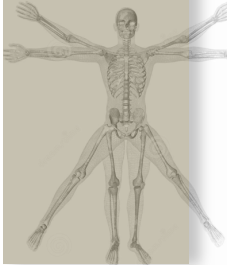
**Introdução**

**Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)**

**Técnicas de Imobilização**

**Documentação do Processo de Enfermagem**

**Conclusão**



## Referências Bibliográficas

- ★ AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS - Advanced Trauma Life Support for Doctors, ATLS® (Student Course Manual), 7a Ed.; American College of Surgeons, 2004
- ★ DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa No: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Ministério da Saúde. Março de 2010a. [Em linha] [Consultado 08. Out. 2011]. Disponível em URL: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- ★ CEDARS-SINAI MEDICAL CENTER -Backboard removal guideline, 2007
- ★ HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA - CIPE - Versão 2 Guia para Operacionalização do Padrão Documental na Área de Assistência Adulto, Mulher e Criança. Cascais, 2013;
- ★ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2. Loures: Lusodidacta, 2011. 205p. ISBN:978-92-95094-35-2.
- ★ DEACONESS TRAUMA SERVICE -Practice Guideline, 2004
- ★ DECRETO-LEI nº104/1998. D.R. 1a Série A. 93 (98-04-21) 1739-1757. 3-4p.
- ★ MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA -Manual de abordagem à vítima (para médicos e enfermeiros). 1ª Edição, INEM, 2012
- ★ MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - Manual V.M.E.R - Técnicas de extração e Imobilização de vítimas de trauma. Versão 2.0, 2ª Edição. INEM, 2012
- ★ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Quadro de Referência para a Construção de Indicadores de Qualidade e Produtividade na Enfermagem. Suplemento da Revista no13. (2004) 3-8.
- ★ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 18p.
- ★ VASCONCELOS, P. et al. - Autonomia do Enfermeiro na Mobilização da Pessoa Vítima de Trauma, 2014



**Objetivos**

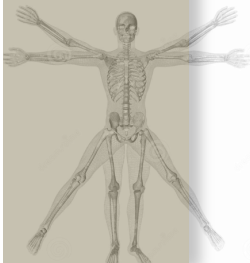
**Introdução**

**Abordagem ao Doente Politraumatizado (A,B,C,D,E)**

**Técnicas de Imobilização**

**Documentação do Processo de Enfermagem**

**Conclusão**



**Obrigado pela Atenção!**

**APÊNDICE II – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE POLITRAUMATIZADO”**





## Plano de Formação

<b>Designação da formação</b>	Cuidados de Enfermagem ao Doente Politraumatizado
<b>Caracterização da formação</b>	Formação contínua
<b>Conteúdos programáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dados relativos à incidência do trauma;</li><li>• Abordagem ao Doente Politraumatizado: Procedimentos; Avaliação primária segundo a metodologia ABCDE; Avaliação secundária;</li><li>• Técnicas de Imobilização: Estabilização cervical com alinhamento manual; Colocação do Colar Cervical; Rolamento; Levantamento; Maca Pluma (“Scoop”); Imobilização em Plano Duro e tempo de permanência; Imobilização em Maca de Vácuo (“Coquille”); Mudança de Maca em Hospital;</li><li>• Documentação do Processo de Enfermagem em Área Ambulatória e em Sala de Observação.</li></ul>
<b>Formadores</b>	Enfermeiro Marco Guimarães Vidal, Aluno da especialidade de EMC.
<b>Destinatários</b>	Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral
<b>Definição dos objetivos pedagógicos</b>	Sensibilizar os enfermeiros para a abordagem ao doente politraumatizado; Identificar os tipos de técnicas de mobilização e imobilização ao doente politraumatizado; Descrever os tipos de técnicas de mobilização e imobilização ao doente politraumatizado; Consciencializar para a importância de registos de enfermagem do doente politraumatizado; Realizar práticas de técnicas de mobilização e imobilização ao doente politraumatizado; Promover a partilha de ideias e experiências dos enfermeiros do SUG relativamente aos cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado e o seu registo;
<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>	Expositivo, Demonstrativo e Ativo
<b>Materiais e meios</b>	Retroprojektor, computador portátil, maca, maca pluma, plano duro, colar cervical
<b>Duração total da formação</b>	30 minutos
<b>Duração das sessões de formação</b>	2 horas
<b>Datas e horários</b>	9/06/2014 às 16h00, restantes datas a definir
<b>Local</b>	Sala de Reuniões do SUG
<b>Instrumentos de avaliação da formação</b>	Questionário



**APÊNDICE III – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE POLITRAUMATIZADO” PELOS FORMANDOS**





## Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)

<b>Nome da Ação</b>	Cuidados de Enfermagem ao Doente Politraumatizado		
<b>Formador</b>	Marco Alexandre Guimarães Vidal		
<b>Local</b>	SUG dos Hospital de Parceria Público-Privada (HPPP) do Distrito de Lisboa	<b>Data</b>	09-06-2014

*O objetivo deste questionário é conhecer a sua avaliação sobre diversos aspetos da ação de formação a que assistiu. Por favor, marque a pontuação que melhor reflete a sua opinião. Este questionário é anónimo.*

<b>1. Ação de Formação</b>	<b>1</b> Insuficiente	<b>2</b> A Melhorar	<b>3</b> Bom	<b>4</b> Muito Bom	<b>5</b> Excelente
1.1 - Objetivos do Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 - Interesse dos Conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 - Utilidade da Ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 - Utilidade do curso em relação às expectativas iniciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 - Tempo de duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 - Opinião global sobre a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 - Recomendação do curso a outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2. Eficácia dos Formadores</b>	<b>1</b> Insuficiente	<b>2</b> A Melhorar	<b>3</b> Bom	<b>4</b> Muito Bom	<b>5</b> Excelente
2.1 - Capacidades didáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 - Conhecimento da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 - Capacidade para criar um ambiente participativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3. Preparação e Organização da Ação</b>	<b>1</b> Insuficiente	<b>2</b> A Melhorar	<b>3</b> Bom	<b>4</b> Muito Bom	<b>5</b> Excelente
3.1 – Informação prévia sobre o tema da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 – Instalações e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 – Disponibilização de Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Comentários**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**



**APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE POLITRAUMATIZADO” PELO FORMADOR**



## Avaliação da Satisfação da Acção de Formação (Formador)

<b>Nome da Acção</b>	Cuidados de Enfermagem ao Doente Politraumatizado	<b>Cód. Form</b>	
<b>Entidade Formadora</b>	Hospital de Parceria Público-Privada (HPPP) do Distrito de Lisboa		
<b>Formador</b>	Marco Alexandre Guimarães Vidal		
<b>Local</b>	SUG do Hospital de Parceria Público-Privada (HPPP) do Distrito de Lisboa	<b>Data</b>	12-06-2014
<i>O objectivo do presente questionário é conhecer a sua avaliação sobre os diversos aspectos da acção de formação da qual foi formador. Por favor, marque a pontuação que melhor reflecte a sua opinião.</i>			

1. Avaliação dos Formandos	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
1.1 Cultura Corporativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Homogeneidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Expectativas Iniciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Motivação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Participação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Aprendizagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Relacionamento Interpessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Pontualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Assiduidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 Incidências / Ocorrências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 Avaliação Global	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Preparação e Organização da Acção	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
2.1 Satisfação com o funcionamento dos equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Satisfação com as condições ambientais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Considerações adicionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Informação previa sobre o tema da acção da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Apoio/soluções perante a ocorrência de incidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Disponibilidade da documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3. Comentários</b>

O Formador

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**APÊNDICE V – FOLHA DE TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM DOENTE VÍTIMA DE TRAUMA**





# IDENTIFICAÇÃO

Cole aqui a etiqueta

## FOLHA DE TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM DOENTE VÍTIMA DE TRAUMA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hospital de Destino: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Sexo:	Idade:	Antecedentes Pessoais:	Alergias:
Medicação Habitual: ACO:	AAP:	B-Bloq:	Outros:
Última Refeição:	Espólio S_ N_ entregue a:		Acompanhantes:

<b>Admissão</b>	Hora do Acidente: h	Descrição do Acidente:
Meio de Transporte à Chegada:		Tipos de Imobilização:
<b>Doente à chegada:</b>		
Adjuvantes da VA ___   O <sub>2</sub> ___ L/min   IOT ___   VMI ___   Crico ___   Acesso Central ___   CVP ___   IO ___   DT ___   RCP ___   Sonda Vesical ___ Tipo: ___ nº   Sonda Gástrica ___ Tipo: ___ nº		

Sinais Vitais	Local do Acidente	Entrada SU ___h___	Após 1 hora	Saída SU ___h___
FR				
SatO <sub>2</sub> / Capnografia				
FC				
TA				
E.C.Glasgow				

<b>A</b>	<b>Permeável:</b>   Aspiração:   Orafaríngeo nº:   Nasofaríngeo nº:   TET nº: cm   Crico:   Outro:
<b>B</b>	O <sub>2</sub> L/min   Másc. Venturi %   MAD (100%)   <b>SDR?</b> Quais? _____ <b>VNI:</b> IPAP EPAP FiO <sub>2</sub> L/min   <b>VMI:</b> TET nº cm   FiO <sub>2</sub> : L/min   PEEP: Modo: _____ <b>DT:</b> nº   Nível: Características do Drenado: _____ Quantidade _____ mL <b>Outros:</b>
<b>C</b>	<b>Alt. Circulação:</b> Palidez:   Sudorese:   Cianose:   TPC: seg. <b>CVP:</b> Local _____ nº   Local _____ nº   Local _____ nº   <b>CVC:</b> Local _____ nº Lumens _____   IO: _____ <b>Hemorragia Activa:</b> Localização: _____   <b>Hemoderivados:</b> Quais: _____ Quantidade: _____ mL
<b>D</b>	<b>Glicémia:</b> mg/dL   <b>E.C.G.</b> ___   <b>Pupilas:</b> Assimétricas: ___   Anisocóricas: ___   Não reactivas: ___   Mídrise: ___ Miose: ___ <b>TVM:</b>   <b>Défices Motores:</b> Plano 30º:
<b>E</b>	<b>Temp:</b> ___ °C   Medidas de Aquecimento: _____ Arrefecimento: _____ <b>Feridas:</b> Tipo: _____ Local: _____   Tipo: _____ Local: _____   Tipo: _____ Local: _____ <b>Fracturas:</b> Local: _____   Local: _____   Local: _____
<b>F</b>	<b>Família</b> presente junto do doente? Sim Não
<b>G</b>	<b>Dor:</b> Analgesia: _____ Hora ___h___   _____ Hora ___h___   _____ Hora ___h___   _____ Hora ___h___
<b>H</b>	<b>Álcool:</b> Presumido: Análise:   <b>MCDT's:</b> <span style="float: right;"><b>Ex. Laboratoriais:</b></span>
<b>I</b>	<b>Remoção do Plano Duro:</b> ___h___   Técnica - Levantamento: Rolamento: Scoop:   Após MCDT: Clínica: <b>Remoção do Colar Cervical:</b> ___h___   Após MCDT: Clínica:

Balanço Hídrico	Pré-Hospitalar	1ª Hora	2ª Hora	Saída
Entrada (Tipo / Quantidade)				
Saída (Tipo / Quantidade)				
Total				

O Enfermeiro: \_\_\_\_\_



**APÊNDICE VI – NORMA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)**



<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>		
------------------------------	--	--

<b>ASSUNTO:</b>	Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a Ventilação Não Invasiva (VNI)
<b>OBJETIVOS:</b>	Garantir Cuidados de qualidade ao doente com VNI Optimizar equipamento de VNI Promover a adaptação do doente à VNI Prevenir úlcera por pressão associada aos dispositivos de VNI
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)
<b>POPULAÇÃO ALVO</b>	Doentes que necessitem de VNI
<b>ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO</b>	Aplicação a todas as pessoas internadas submetidas a VNI Divulgação da norma aos Enfermeiros da UCI
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	VNI; Ventilador; CPAP; BiPAP; IPAP; EPAP

<b>SIGLAS E ACRÓNIMOS</b>	
<b>VNI</b>	Ventilação não invasiva
<b>BiPAP</b>	Bilevel positive airway pressure
<b>CPAP</b>	Continuous positive airway pressure
<b>IPAP</b>	Inspiratory positive airway pressure
<b>EPAP</b>	Expiratory positive airway pressure
<b>PSV</b>	Pressão de suporte ventilatório
<b>PCV</b>	Pressão de controlo ventilatório

Autor	Marco Guimarães Vidal	Data de elaboração	2014.10.17
-------	-----------------------	--------------------	------------

Título do Documento	Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a Ventilação Não Invasiva	Versão	1	Pág. 1 de 7
---------------------	--	--------	---	-------------

# NOTA INTRODUTÓRIA

---

## Conceito:

VNI - A ventilação não invasiva consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos com o objetivo de melhorar a ventilação alveolar e diminuir o trabalho respiratório e as complicações associadas à entubação endotraqueal e ventilação mecânica invasiva.

## Objetivos:

- Diminuição do trabalho respiratório;
- Melhoria das trocas gasosas;
- Alívio sintomático e melhoria hemodinâmica.

## Indicações:

- EAP (Edema Agudo do Pulmão)
- DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)
- Insuficiência respiratória
- Síndrome de hipoventilação-obesidade
- Pneumonia adquirida na comunidade
- Asma
- Imunossupressão
- Prevenção da falência respiratória pós extubação
- Sem indicação para ventilação invasiva
- Doenças neuromusculares
- Apneia de sono/ *cor pulmonale*
- Fibrose quística

## Contra-indicações absolutas:

- Coma
- Paragem cardíaca
- Paragem respiratória
- Hipertensão intra-craniana

## Contra-indicações relativas:

- Instabilidade cardíaca
  - Choque cardiogénico
  - Disrritmias ventriculares

- Enfarte Agudo do Miocárdio
- Hemorragia gastro-intestinal
- Incapacidade de manter a permeabilidade da via aérea
  - Tosse ineficaz ou deglutição comprometida
  - Secreções espessas
  - Letargia
- Estado epilético
- Potencial obstrução da via aérea superior
  - Tumor extenso da cabeça e pescoço
  - Angioedema ou anafilaxia que cause compromisso da via aérea

### **Complicações**

- Úlcera de pressão (facial e nasal)
- Distensão abdominal
- Congestão nasal
- Retenção de secreções
- Epistaxis
- Otagia
- Irritação ocular
- Claustrofobia
- Aspiração de vômito

## ***MODALIDADES DE VENTILAÇÃO***

---

### **BiPAP:**

São administrados dois níveis de pressão positiva: um durante a inspiração (IPAP) e outro durante a expiração (EPAP).

O BiPAP está indicado em situações de hipercapnia por insuficiência respiratória aguda, mas também pode ser usado como estratégia de desmame de ventilação invasiva.

### **CPAP:**

Aplica uma pressão contínua durante todo o ciclo respiratório não assistindo ativamente a inspiração.

O CPAP está indicado em situações de hipoxémia em doentes com insuficiência respiratória aguda ou em situações de edema pulmonar cardiogénico.

Podem ser ainda consideradas as seguintes modalidades:

**Assistida:** o doente desencadeia todos os movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia insuflando volumes (**PSV** ou **Spontaneous**);

**Assistida/Controlada:** o doente desencadeia alguns movimentos ventilatórios e o ventilador inicia os restantes (**Spontaneous/Timed**);

**Controlada:** o ventilador assegura todos os movimentos ventilatórios (**PCV** ou **Timed**).

## ***EQUIPAMENTO E RECURSOS TÉCNICOS***

---

### **BiPAP**

Aparelho (Respironics V60/ Vision/ Servo I/ Evita 4/ Vivo 30/40/ Knight Star);

Filtro anti-bacteriano;

Traqueia (tubuladura);

Válvula de exalação de CO<sub>2</sub> (expiratória);

Placa de hidropolímero;

Máscara (tamanho adequado à fisionomia da pessoa – S / M / L)

- Máscara facial (em situações agudas. Pode ser substituída por máscara nasal após as primeiras 24 horas)
- Máscara nasal

Fonte de Oxigénio

- Conectar no adaptador da máscara ou no adaptador proximal da válvula de exalação tipo “swivel”.

### **CPAP Boussignac**

Fonte de alto débito de oxigénio;

Conector com prolongamento;

Manómetro de precisão;

Máscara facial (tamanho adaptado à fisionomia da pessoa – 4 / 5 / 6);

Cabresto;

Seringa de 20mL (para insuflar / desinsuflar a máscara)

### **VNI com Nebulização:**

Tubo em T com nebulizador (entre a máscara e a válvula expiratória)

BiPAP:

- Conectar o nebulizador a fonte de ar comprimido com O<sub>2</sub> a 6L/min;
- Manter o mesmo débito de O<sub>2</sub>.

# DESCRIÇÃO

---

## 1 – Início da VNI:

- ✓ Explicar a técnica ao doente.
- ✓ Colocar o doente com a cabeceira elevada (45°).
- ✓ Selecionar o interface adequado (tamanho S, M, L) com o cabresto correspondente
- ✓ Montar circuito do ventilador pela seguinte ordem: 1- Filtro bacteriano, não humidificador; 2 - Traqueia; 3 - Válvula expiratória (caso não esteja integrada na traqueia ou máscara); 4 - Máscara.
- ✓ Colocar aporte de O<sub>2</sub>:
  - Respironics V60/Vision/ Servo I/Evita 4/: - Rampa de O<sub>2</sub>;
  - Vivo 30/40/Knight Star – Regulável no debitómetro de O<sub>2</sub> com ligação à máscara.
- ✓ Ligar o ventilador e realizar pré teste (V60 e Vision)
- ✓ Inserir/confirmar parâmetros prescritos.
- ✓ Encorajar o doente a segurar a máscara, sem apertar o cabresto até que o doente se encontre confortável e em sincronia com o ventilador.
- ✓ Ajustar o cabresto para nível mínimo de fugas com a menor pressão possível.
- ✓ Na colocação do interface primeiro regula-se o suporte frontal da máscara. Depois fixam-se as fitas superiores do cabresto e em seguida as fitas inferiores.
- ✓ As fugas verificam-se em redor da máscara com as mãos e no ventilador no parâmetro fuga. Admitem-se fugas até 30l/min com pressões elevadas.
- ✓ Monitorizar dados clínicos e parâmetros vitais.

## 2 – Monitorização

Os parâmetros de ventilação prescritos devem ser registados no início de cada turno e sempre que houver alterações. Deverão também ser registados os sinais vitais e dados clínicos relevantes em notas de enfermagem no início e final de cada turno ou sempre que houver alterações significativas.

### Parâmetros ventilatórios:

- ✓ IPAP/ EPAP;
- ✓ FiO<sub>2</sub> ou O<sub>2</sub>;
- ✓ FR backup.

## 3 – Prevenção de complicações

### Dor e lesões cutâneas:

- ✓ Aplicação de placas hidrocolóides na região frontal, pirâmide nasal e face (preferencialmente extra-finas);

Título do Documento	Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a Ventilação Não Invasiva	Versão	1	Pág. 5 de 7
---------------------	--	--------	---	-------------

- ✓ Aplicação de creme hidratante / trolamina nas zonas de pressão durante os períodos de desconexão.

#### Retenção de secreções

- ✓ Incentivar o doente a eliminar a expetoração;
- ✓ Promover hidratação.

#### Conjuntivite

- ✓ Prevenir as fugas;
- ✓ Aplicação de soro fisiológico 1x/turno em ambos os olhos.

#### Secura nasal e da orofaringe

- ✓ Aplicação de soro fisiológico 1x/turno em ambas as fossas nasais;
- ✓ Hidratação oral e lubrificação da mucosa oral (vaselina líquida);
- ✓ Higiene oral.

### **4 – Alimentação e hidratação do doente submetido a VNI**

Um dos benefícios da VNI é a possibilidade de utilização intermitente permitindo uma adequada hidratação e alimentação por via oral. Após a fase inicial de estabilização do doente (melhoria do padrão respiratório; SatO<sub>2</sub> adequadas) deve-se tentar a desconexão precoce do doente permitindo a alimentação e hidratação.

#### Alimentação

- ✓ Desconectar em posição de semi-fowler;
- ✓ Colocar aporte de O<sub>2</sub> prescrito (óculos nasais);
- ✓ Fornecer dieta adequada (pastosa/mole);
- ✓ Entubação nasogástrica se o doente não tolerar desconexão após 24h de VNI.

### **5 - Reinício de VNI**

Reiniciar VNI se houver:

- ✓ Agravamento da dificuldade respiratória ou cansaço em repouso;
- ✓ Diminuição da SatO<sub>2</sub>;
- ✓ Alteração do estado de consciência.

### **5 - Manutenção**

- ✓ Verificar funcionamento de ventilador antes de utilização;
- ✓ Supervisionar os Assistentes Operacionais nos procedimentos de limpeza e acondicionamento do material;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

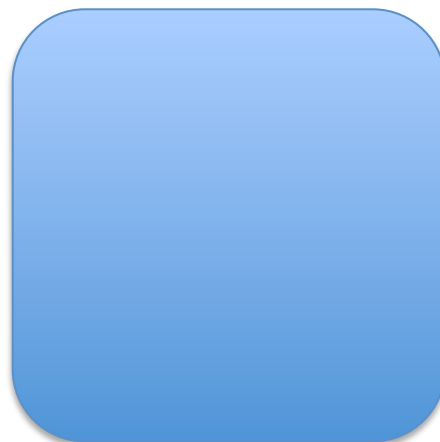
---

- FELGUEIRAS, Joana, LOHMANN, Corinna, DELERUE Francisca [et al.] – Ventilação Não Invasiva numa Unidade de Cuidados Intermédios. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. [Em linha]. Vol. 13, n.o2 (abr-jun 2006), p. 73-77. [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW: <http://emedicine.medscape.com/article/304235-overview>>.
- FERREIRA, Susana, NOGUEIRA, Carla, CONDE, Sara [et al.] – Ventilação não invasiva. Revista Portuguesa de Pneumologia. [Em linha]. Vol.15, n.o 4 (jul-ago. 2009), p. 655-667 [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-21592009000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592009000400006&lng=pt&nrm=iso)>.
- NUNES, Pedro, ABADESSO, Clara, ALMEIDA, Ester [et al.] – Ventilação não invasiva numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. Acta Médica Portuguesa. [Em linha]. Vol. 23, n.o3 (2010), p. 399-404. [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/3/399-404.pdf>>.
- Royal College of Physicians, British Thoracic Society, Intensive Care Society – The Use of Non-Invasive Ventilation in the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to hospital with acute type II respiratory failure (With particular reference to Bilevel positive pressure ventilation). Concise Guidance to Good Practice series. [Em linha]. N.o1 (2008), p. 1-45. [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW: <http://www.brit-thoracic.org.uk/Portals/0/Clinical%20Information/NIV/Guidelines/NIVinCOPDFullguidelineFINAL.pdf>>.
- SEPAR - Manual SEPAR de Procedimentos. (2008). Barcelona: Respira.
- SOO HOO, Guy W – Noninvasive Ventilation. Medscape Reference. [Em linha]. (2011). [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW: <http://emedicine.medscape.com/article/304235-overview>.
- VITAID – Boussignac CPAP System Instructions for Use. [Em linha]. (2008). [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW: <http://www.vitaid.com/get.asp?t=doc&id=45>>.



**APÊNDICE VII – ESTUDO DE CASO DOENTE COM EAMCST**





# **Estudo de Caso**

*Módulo III – Opcional*

*Viatura de Emergência Médica e Reanimação*

*Do*

*Hospital Central do Distrito de Lisboa*

**Mestrado em Enfermagem com  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Tutor: Prof. Manuela Madureira

Orientador: Enf<sup>o</sup> Vitor Carocha

**Marco Guimarães Vidal**

**Nº 192013021**

**Fevereiro 2015**

## Índice

0 - Introdução .....	2
1 – Caso Clínico .....	4
2 - Discussão.....	7
3 - Conclusão .....	10
4 – Referências Bibliográficas.....	11

## 0 - Introdução

O relatório da Direcção Geral de Saúde referente ao Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares afirma que a par do Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico, a Doença Isquémica do Coração (DIC) cuja manifestação clínica mais relevante é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) constitui a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal (Ministério da Saúde, 2013).

Em 2013 o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) registou 646 casos de EAM que foram encaminhados para a via verde do EAM e em 72,58% dos casos decorreu menos de duas horas entre a identificação dos sinais e sintomas e o encaminhamento da vítima (INEM, 2014).

Goodman et al. (2009) constataram que apesar da mortalidade intra-hospitalar do EAMCST ter reduzido significativamente com os modernos tratamentos de reperfusão e a melhoria da profilaxia secundária, a mortalidade global aos 28 dias está virtualmente inalterada porque 2/3 das mortes ocorrem no pré-hospitalar, na sua maioria por arritmias fatais precipitadas pela isquémia. Zafari et al. (2011) acrescentam que aproximadamente 65% das mortes causadas por EAM ocorrem na primeira hora. Mais de 60% destas mortes poderiam ser evitadas através da desfibrilhação. É neste seguimento que Nolan et al. (2010), nas *guidelines* do ERC, afirmam que a melhor oportunidade para aumentar a sobrevida por “episódios isquémicos” é reduzir o intervalo entre o início dos sintomas e o primeiro contacto médico e iniciar o tratamento dirigido precocemente, no pré-hospitalar.

É nesta linha que Sullivan et al. (2014) afirmam que os Síndromes Coronárias Agudas (SCA) são a maior causa de morte nos E.U.A. e, em concordância com a “*golden hour*” referida anteriormente, esta mortalidade na primeira hora após os sintomas é devida a arritmias induzidas pela isquemia que, se existir uma redução da demora no tratamento do doente, existirá uma diminuição da morbidade e mortalidade.

Perante tudo o que foi referido anteriormente, a necessidade de um diagnóstico e intervenção terapêutica precoces evidenciam a necessidade de divulgação e sensibilização da população para que o tempo entre a instalação da sintomatologia e a reperfusão coronária seja otimizado. Torna-se fundamental que a população seja

instruída a utilizar o Número Europeu de Emergência – 112 o mais cedo possível caso apresentem alguns dos sinais e sintomas do EAM como dor no peito de início súbito, com ou sem irradiação ao membro superior esquerdo, costas ou mandíbula, suores frios intensos, acompanhados de náuseas e vômitos (INEM, 2014).

Ainda Segundo a mesma fonte *“O EAM é uma das principais causas de morte em Portugal, ocorrendo quando se dá uma interrupção súbita da perfusão sanguínea coronária, prolongada e total ou quase total, que só é confirmado após a realização de um eletrocardiograma de 12 derivações (ECG). Realização de exames médicos de rotina, os hábitos de vida saudáveis, a prática de desporto de forma regular, evitar o tabaco e a vida sedentária são algumas das formas de prevenção eficazes e acessíveis a todo o cidadão”*.

O caso apresentado é típico e, apesar da incerteza do desfecho, a atuação atempada da equipa da VMER do HSFX e a existência de uma Viva Verde Coronária realça a importância de uma intervenção célere que permita a instituição precoce de terapêutica de reperfusão coronária que, como foi referido anteriormente, é um factor essencial na diminuição da morbilidade e mortalidade no EAM.

## 1 – Caso Clínico

O presente caso clínico incide sobre um utente do sexo masculino, caucasiano, com 43 anos de idade, fumador e sem quaisquer hábitos farmacológicos. Cerca das 5h00 apresentou dor pré-cordial com irradiação às costas enquanto trabalhava e dirigiu-se a um serviço de urgência básica (SUB). Foi ativada a VMER do HSFx às 7h58 com chegada ao local às 8h20. O doente apresentava-se já na maca dos bombeiros e foram-nos transmitidos os dados referidos pela equipe presente no SUB.

À nossa avaliação: Doente em Score 15 na Escala de Comas de Glasgow, Frequência Respiratória de 15 ciclos por minuto, pálido, sudorético e nauseado, a referir dor 8 na escala numérica. Colocada monitorização cardíaca, Saturação de Oxigénio Periférica de 93%, traçado cardíaco em bradicardia sinusal com extrasístoles ventriculares frequentes, Frequência Cardíaca de 50 batimentos por minuto, Pressão Arterial de 103/50mmHg. Realizado ECG 12 derivações que apresentava elevação do segmento ST de V1-V4.

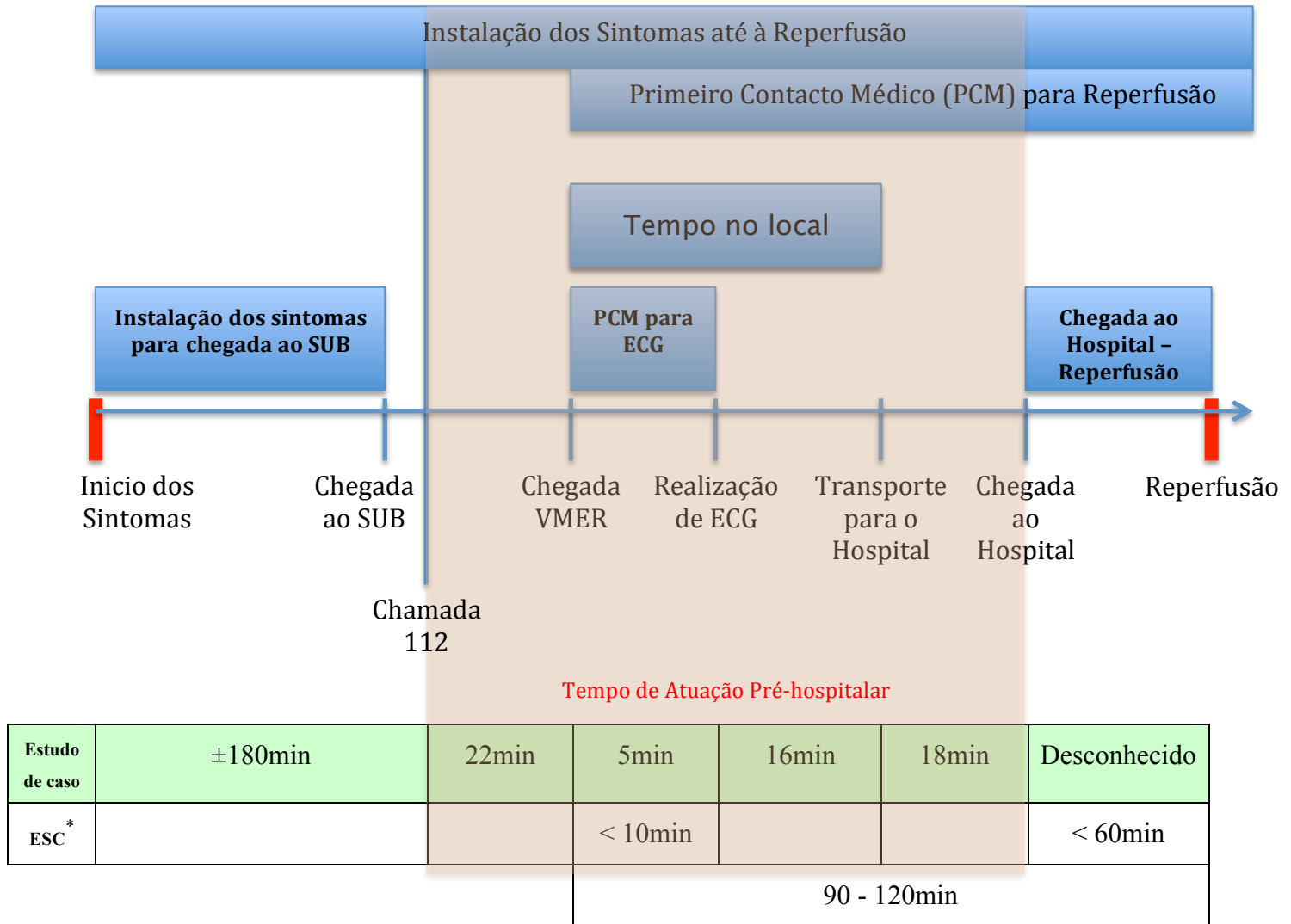
Perante a informação disponibilizada e os parâmetros avaliados foram realizadas as seguintes intervenções:

<b>Intervenções</b>	<b>Resultados</b>
Manter uma atitude calma, sentar o doente e evitar que este faça qualquer tipo de esforço físico.	Estabilizar a evolução do EAM; tranquilização do doente.
Explicar as intervenções que estão a ser realizadas de uma forma prévia e atempada	Tranquilização da pessoa, permitiu que a mesma seja parte integrante do seu plano de cuidados e que aderira ao regime terapêutico instituído.
Realização de ECG 12 derivações	Diagnosticou dentro dos SCA se EAM com supradesnivelamento de ST ou outra alteração de ECG.
Oxigénio suplementar a 2L/min	Aumento da SatO2 para 97%.
Cateterização de acesso venoso periférico e colheita de sangue para hemograma, bioquímica e coagulação	Administração de medicação e colheita de sangue especialmente para biomarcadores (troponina T e troponina I, CK, CK-MB, mioglobina) e assim maximizar o tempo.
Administração de Trinitroglicerina 1mg SL	Venodilatação, dilatação das artérias coronárias (Não poderia ser utilizado se PA sistólica inferior a 90mmHg). Reduziu a dor pré-cordial.
Administração de inibidores da agregação plaquetária	Inibir a ativação e agregação das plaquetas uma vez que é este o acontecimento iniciador do Síndrome Coronário

	Agudo (SCA).
Ácido Acetil-salicílico (AAS) 250mg PO	Este deve ser realizada o mais precocemente possível para uma redução da mortalidade.
Clopidogrel 600mg PO	Se a opção for a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) programada dose de 600mg, se o tratamento for conservador 300mg.
Heparina Não Fraccionada 5.000U EV	Inibidor direto da trombina. Doente sem risco de hemorragia, caso contrário poder-se-ia administrar heparinas de baixo peso molecular (HBPM).
Morfina 2mg EV	Diminuiu a dor para grau 3 na Escala numérica.
Metoclopramia 10mg EV	Aliviou as náuseas.
Colocação de pás desfibrilhadoras adesivas com monitorização e vigilância contínua durante o transporte.	Doente com risco de disritmia maligna por apresentar salvas de extra-sístoles ventriculares, maximização do tempo para desfibrilhação.
Passagem da informação relevante e medicação realizada ao colega do Serviço de Hemodinâmica	Permitiu uma continuidade de cuidados segura e eficiente.

De salientar que algumas das intervenções realizadas foram feitas já durante o transporte do doente uma vez que, foi realizado contacto com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) que deu indicação para realização de transporte do doente para o Serviço de Hemodinâmica do Hospital Fernando Fonseca (HFF). Chegada da VMER do SFX ao Serviço de Hemodinâmica do HFF com transferência diretamente para a sala às 8h40 para realização de intervenção coronária percutânea primária (ICPP).

Relativamente aos tempos decorridos desde o início dos sintomas até à chegada ao hospital podemos observar a figura seguinte:



\* Recomendações da European Society of Cardiology 2012

## 2 – Discussão

O’Gara et al. (2013) afirmam que o EAMCST apresenta significativas taxas de mortalidade intra-hospitalar (aproximadamente entre 5% e 6%) e ao final de um ano (aproximadamente entre 7% a 18%), pelo que requer uma ação terapêutica urgente por forma a aumentar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

A angioplastia primária tem mostrado superioridade relativamente à terapêutica fibrinolítica nos EAMCST, sendo recomendada como terapêutica de primeira linha como é referenciado pela European Society of Cardiology (2012), European Resuscitation Council (2010), American College of Cardiology/American Heart Association (2004). Como afirmam Marques et al. (2012), quanto menor for o tempo entre o início dos sintomas (ou o primeiro contato médico) e a realização da angioplastia maior será o benefício da mesma e, para tal, foi criada a VVC que permite uma ligação rápida e eficiente entre o ambiente pré-hospitalar e o hospital com capacidade para ICPP.

A Via Verde, como é descrita no Documento Orientador para as Vias Verdes de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) do Alto Comissariado para a Saúde (2007), é uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde da população. Esta tem como objetivos a promoção do reconhecimento precoce de sinais de alarme e das primeiras atitudes de socorro, a definição do encaminhamento para a instituição adequada e de recomendações e protocolos clínicos a seguir, de sistemas de registos e indicadores de avaliação e monitorização.

Na estratificação dos tempos de demora deste a instalação da sintomatologia até à reperfusão através da ICPP podemos verificar que a atuação pré-hospitalar da VMER do HSFX cumpriu um tempo ótimo para a obtenção do tempo preconizado pela ESC (2012) para o decorrente entre o primeiro contato médico até à reperfusão despendendo na totalidade de apenas de 61 minutos até à chegada ao Serviço de Hemodinâmica do HFF deixando entre 29 minutos a 59 minutos para o tempo de chegada ao hospital e reperfusão coronária efetiva. Para tal a Via Verde Coronária (VVC) apresentou um contributo importante tendo ultrapassado um período que poderia ser despendido na admissão no Serviço de Urgência e posteriormente no

encaminhamento para um Laboratório de Hemodinâmica. Marques et al. (2012) concluíram no seu estudo na região do Algarve que a implementação da VVC com acesso direto a angioplastia primária associou-se a uma baixa taxa de mortalidade dos doentes admitidos por EAMCST anterior.

Verifica-se a necessidade de uma maior sensibilização da população para os sinais e sintomas do EAM e na importância do pedido de ajuda médica precoce uma vez que a *guideline* conjunta da American College of Cardiology / American Heart Association (2007) preconizam um tempo óptimo entre a instalação dos sintomas e a chamada para o número de emergência de 5 minutos. Sullivan et al. (2014), num estudo realizado dos E.U.A. sobre os factores associados a um tempo superior para o tratamento de doentes com suspeita de SCA, encontraram uma mediana de tempo entre o início da dor e a chamada para o número de emergência de 53 minutos enquanto Marques et al. (2012) no seu estudo encontraram uma mediana do tempo decorrente entre o início da dor e o diagnóstico de 162 minutos alertando assim para a necessidade da realização de campanhas de educação da população com vista a uma ativação mais precoce do número de emergência médica.

Sullivan et al. (2014) descreveram tempos medianos como 15,2 minutos entre a chegada da equipa médica de emergência até à realização do ECG, 62 minutos “*door-to-balloon*” e 94 minutos do PCM até à insuflação do balão em ICP com um tempo de 156 minutos desde a instalação dos sintomas até à insuflação do balão.

Bettencourt et al. (2005) num estudo que demonstra a importância da VMER com profissionais diferenciados no EAMCST onde esta demonstrou uma diminuição dos tempos médios de demora entre o início da sintomatologia e a admissão no SU e também que a prevalência de Insuficiência Cardíaca, definida como uma Fração de Ejeção <45% foi menor no grupo de doentes da VMER à data de alta de forma não significativa ( $p = 0,08$ ), mas significativa no ecocardiograma do primeiro ano ( $p < 0,04$ ).

Steg e Juliard (2005) recordam o estudo GUSTO II realizado por Berger et al. (1999) que revela que a demora do tempo “*door-to-balloon*” estava associado a um aumento da mortalidade em 30 dias, afirmando ainda um aumento da mortalidade a curto e longo prazo na demora entre a instalação dos sintomas e a ICPP em que por cada 30 minutos passados o risco relativo de mortalidade no primeiro ano aumenta em

1,075 tal como De Luca et al. (2003) que salientam o mesmo risco se decorrerem 4 horas.

Já Afilalo et al. (2008) realçam que o tempo decorrente entre a sintomatologia até à chegada ao hospital está negativamente correlacionado com a função do ventrículo esquerdo (FVE) pós enfarte onde por cada hora despendida a FVE é reduzida em 1%. Teoria esta suportada também por Estévez-Loureiro et al. (2014).

### 3 - Conclusão

Podemos dizer que a atuação de uma equipa de emergência médica constituída por um médico e enfermeiro da VMER do HSFX potenciaram melhorias na mortalidade e morbidade deste doente quer no imediato do procedimento quer a longo prazo uma vez que, com o auxílio da existência da VVC que permite saltar etapas no processo de admissão de um doente ao tratamento e de um laboratório de hemodinâmica pronto para realizar a ICPP, cumpriram os limites cronológicos preconizados pelas *guidelines* internacionalmente reconhecidas para uma óptima detecção e tratamento do EAMCST.

Evidencia-se no caso referido a necessidade de apostar no alerta da população para a detecção precoce e rápida ativação de uma equipa de emergência através da chamada para o 112 visto que é neste espaço temporal na cadeia de luta contra o tempo no tratamento do EAMCST que mais se atrasa o mesmo e que poderá influenciar cada vez mais os resultados obtidos uma vez que os outros procedimentos como a detecção do EAMCST com a realização do ECG, a terapêutica para estabilizar a evolução da isquémia, a ativação da VVC, e a prontidão para a ICPP se encontram cada vez mais solidificados e eficientes no nosso sistema de saúde. No que diz respeito ao atendimento pré-hospitalar fica demonstrado neste caso que a intervenção da VMER do HSFX satisfaz o tempo preconizado entre o PCM e a chegada ao hospital para a reperfusão.

Neste caso, o enfermeiro assume, em conjunto com o médico, a avaliação, monitorização e vigilância do doente, realização do ECG, preparação e administração de terapêutica, colocação de acesso venoso periférico, oxigenoterapia e ainda a função de relação interpessoal conseguindo a colaboração do doente e deixando-o mais tranquilo face à situação experienciada.

Desta forma, segundo a literatura consultada, foi diminuída a mortalidade e morbidade com redução da incidência insuficiência cardíaca e da deterioração da FVE.

## 4 – Referências Bibliográficas

- Afilalo J., et al. (2008). Symptom-to-door time in ST segment elevation myocardial infarction: overemphasized or overlooked? Results from the AMI-McGill study. *Can J Cardiol.* 2008 Mar;24(3):213-6.
- Bettencourt, N., et al. (2005) Impacto da emergência Pré-Hospitalar no tratamento e prognóstico do enfarte agudo do miocárdio. *Rev Port Cardiol.* 2005;24 (6):863-872
- Canadian Cardiovascular Society, American Academy of Family Physicians, American College of Cardiology, American Heart Association. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, Hochman JS, Krumholz HM, Lamas GA, Mullany CJ, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC, Jr, Anbe DT, Kushner FG, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL, Buller CE, Creager MA, Ettinger SM, Halperin JL, Hunt SA, Lytle BW, Nishimura R, Page RL, Riegel B, Tarkington LG, Yancy CW. (2007) Focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51:210–247. Consultado a 1 de Fevereiro de 2015, Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18191746>
- De Luca, G., et al. (2003). Symptom-onset-to-balloon time and mortality in patients with acute myocardial infarction treated by primary angioplasty. *J Am Coll Cardiol.* 2003 Sep 17;42(6):991-7.
- Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC). In: Alto Comissariado para a Saúde, 2007.
- Estévez-Loureiro, R., et al. (2014). Timely reperfusion for ST-segment elevation myocardial infarction: Effect of direct transfer to primary angioplasty on time delays and clinical outcomes. *World J Cardiol.* 2014 Jun 26;6(6):424-33. doi: 10.4330/wjc.v6.i6.424.

- Goodman SG et al. (2009). The expanded Global Registry of Acute Coronary Events: baseline characteristics, management practices, and hospital outcomes of patients with acute coronary syndromes. *Am Heart J* 2009;158:193-201 e1-5.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2014). INEM encaminhou 646 doentes para a via verde coronária. Informação aos órgãos de comunicação social. Lisboa, 14 de fevereiro de 2014. Consultado a 1 de Fevereiro de 2015, Disponível em:  
<http://www.inem.pt/Download.aspx?file=7JlnqN6pwQR2hAGGc5IP/vzJOht6lgBp+0wglbqW18v0C+LOtqAf6nuFA/EItOLC2SqrXps2ccDZQim7H/XwnA==&name=INEM+encaminhou+646+doentes+para+a+Via+Verde+Coron%C3%A1ria+>
- Marques, N., et al. (2012). Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Rev Port Cardiol.* 2012;31:647-54. Consultado a 28 de Janeiro de 2015, Disponível em:  
<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/-/artigo/impacto-da-via-verde-coronaria-e-da-angioplastia-90155874>
- Ministério da Saúde (2013). Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Consultado a 28 de Janeiro de 2015, Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052013-de-19032013.aspx>.
- Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C., Koster, R. W., et al. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. *Resuscitation*, 81(10), 1219-1276. Consultado a 28 de Janeiro de 2015, Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20956052>
- O'Gara PT, et al. (2013). ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2013 Jan 29;127(4):e362- 425.
- Portugal. Doenças Cérebro - Cardiovasculares em Números. Direcção Geral de Saúde. 2013.

- Steg P.G., e Juliard, J-M. (2005). Primary percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction: time, time, and time!. *Heart*. 2005 Aug;91(8):993-4.
- Sullivan, Alison L., et al. (2014). Factors associated with longer time to treatment for patients with suspected acute coronary syndromes: a cohort study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014 Jan;7(1):86-94. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000396.
- Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC) (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2012 Oct;33(20):2569-619. doi: 10.1093/eurheartj/ehs215.
- Zafari, A. Maziar, et al. (2011) Myocardial Infarction Treatment & Management. *Medscape*. N.p., 2011.Consultado a 1 de Fevereiro de 2015, Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/155919-treatment#aw2aab6b6b2>

## 7. ANEXOS



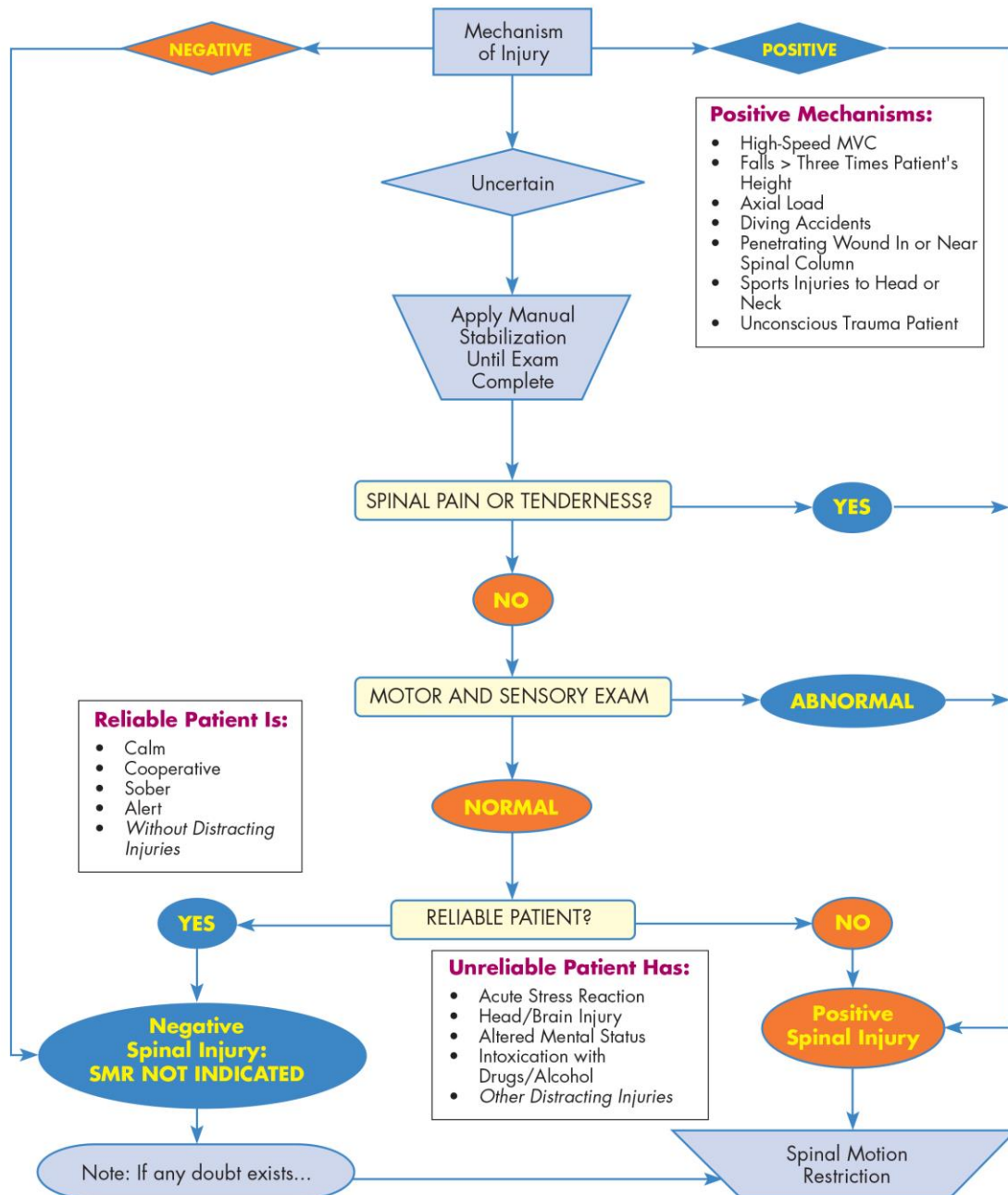
**ANEXO I - GUIDELINE ITLS “CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA A ABORDAGEM À PESSOA COM LESÃO MEDULAR”**



Resource

From *International Trauma Life Support for Trauma Care Providers*, 7<sup>th</sup> Edition, Page 208:

### Initial Assessment of Spinal Injury Clinical Criteria



Improving Trauma Care Worldwide