



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
enfermagem médico-cirúrgica

Por: Ana Mafalda Lucas Marcos

Porto – Julho 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERNSHIP REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
enfermagem médico-cirúrgica

Por: Ana Mafalda Lucas Marcos

Sob a orientação de: Prof.^a Doutora Irene Oliveira

Porto – Julho 2019

Resumo

A realização deste relatório surge integrada no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde-Porto da Universidade Católica Portuguesa, após o estágio no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente num hospital da zona norte de Portugal. Este pretende traduzir o desenvolvimento, a aquisição e a integração de conhecimentos para a prestação de cuidados especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa adulta e idosa com doença grave ou em estado crítico.

Encontra-se estruturado tendo em conta os quatro Domínios de Competências Comuns do Enfermeiro Especialistas. O método utilizado foi o descritivo tendo sempre em conta uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas tendo como base a fundamentação científica.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal a integração de conhecimentos conduziu a uma reflexão sobre as implicações e responsabilidades profissionais, éticas e sociais. Durante o estágio a preocupação com os direitos da pessoa em situação crítica e família foi uma constante. A família do doente representou um dos focos de atenção na prestação de cuidados. Em que o cuidado teve em consideração o inventário das necessidades da família na unidade de cuidados intensivos. No que concerne à comunicação das más notícias ao doente e família, obteve-se em ambos os contextos, oportunidades únicas de aprendizagem e reflexão.

Ao longo do estágio procurou-se maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção, reconhecendo situações problema e sugerindo melhorias. Neste domínio salienta-se ainda a realização da formação acerca da monitorização electrocardiográfica, que além de colmatar a necessidade formativa da equipa dos cuidados intensivos também permitiu colaborar na integração de colegas no serviço. No contexto do serviço de urgência, foram elaboradas 2 instruções de trabalho relativas a “Ventilador de Transporte” e “Desfibrilador/Monitor Heartstart XL” e o procedimento “Intubação Endotraqueal”. Através da identificação positiva do doente, colocação de rótulo com todos os elementos necessários na medicação preparada, confirmação de dados de segurança antes da preparação e administração de fármacos e a sugestão de um acondicionamento de medicamentos tendo em conta o nome ortográfico, fonético e aspeto semelhantes criou-se e manteve-se um ambiente terapêutico e seguro.

Relativamente à gestão de cuidados, foi realizado o estudo de caso em contexto de urgência, constituindo uma ferramenta facilitadora para a identificação dos problemas através do diagnóstico, planeamento e implementação de intervenções adequadas.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, aprofundou-se competências já desenvolvidas o que proporcionou uma visão crítico-reflexiva mais aprimorada, por exemplo, sobre o conhecimento científico existente para a correta manutenção, através do sistema de flush, dos cateteres arterial e venoso central. Em contexto de cuidados intensivos direcionei a pesquisa para a área do doente neurocrítico e suas especificidades.

O estágio foi um grande contributo para o meu percurso profissional, possibilitou-me experiências que contribuíram para a aquisição de novas competências, permitindo melhorar a minha prestação e atuar como enfermeira especialista.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Doente Crítico, Cuidados de Enfermagem, Emergência

Abstract

This report was created within the scope of the curricular unit of the Master's Degree in Nursing, integrated in the Master's Degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the *Universidade Católica Portuguesa*, after completing the internship in the emergency service and the Unit of Intensive Care in one hospital of the northern zone of Portugal. It translates the development, acquisition and integration of knowledge for the provision of specialized care in the area of Medical-Surgical Nursing to the adult and elderly person with severe or critical illness, chronic with incapacitating and palliative disease.

It is structured considering the four Competency Domains Common to Specialist Nurses. Was used the descriptive method, always considering a critical and reflective analysis of the activities developed based on the scientific basis.

In the field of professional, ethical and legal responsibility the integration of knowledge led to a reflection on professional, ethical and social implications and responsibilities.

During the internship the concern for the rights of the person in critical situation and family was a constant. The patient's family was one of the focus of care. In which care took into consideration the inventory of family needs in the intensive care unit. With regard to the communication of bad news to the patient and the family, there was a unique opportunity for learning and reflection in both contexts.

Throughout the training, the aim was to maximize intervention in the prevention and control of infection, recognizing problem situations and suggesting improvements. In this area it is also worth noting the training on electrocardiographic monitoring which, in addition to meeting the training needs of the intensive care team, also helped to integrate colleagues into the service. In the context of the emergency department, 2 working instructions for "Ventilador de Transporte" and "Desfibrilador/Monitor Heartstart XL" and the "Intubação Endotraqueal" procedure have been prepared. Through positive identification of the patient, placement of label with all the necessary elements in the prepared medication, confirmation of safety data prior to drug preparation and administration and the suggestion of packaging of medicinal products taking into account the spelling, phonetic and similar names a safe and therapeutic environment was created and maintained.

Regarding the management of care, a case study was conducted in the emergency department, providing a facilitating tool for the identification of problems through the diagnosis, planning and implementation of appropriate interventions.

In the field of the development of professional learning, deepened skills already developed which provided a more incisive critical-reflexive vision, for example, on the existing scientific knowledge for the correct maintenance, through the flush system, of the arterial and central venous catheters. In the context of intensive care I directed research into the area of the neurocritical patient and their specificities.

The internship was a great contribution to my career, allowed me experiences that contributed to the acquisition of new skills, allowing me to improve my performance and act as a nurse specialist.

Keywords: Nurse, Specialist, Critical Patient, Nursing Care, Emergency Room

Lista de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

B-On – Biblioteca do Conhecimento Online

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CI – Cuidados Intensivos

CIP – Cuidados Intermédios Polivalente

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Electrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC – European Resuscitation Council

FV – Fibrilação Ventricular

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

IET – Intubação Endotraqueal

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

INFUCI – Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos

KPC – *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

LASA – LookAlike, Sound-Alike

MEEEMC – Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (mudar na chave e ao longo do trabalho)

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas para o Controle da Infecção

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

SU – Serviço de Urgência

TET – Tubo Endotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiorrespiratória

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVC – Via Verde Coronária

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	15
3. MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE.....	27
4. GESTÃO DE CUIDADOS	39
5. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	47
6. CONCLUSÃO	55
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
8. APÊNDICES	67
APÊNDICE I – Sessão de Formação “Electrocardiografia”	69
APÊNDICE II – Proposta de instrução de trabalho Ventilador de Transporte Oxylog®3000.....	125
APÊNDICE III – Proposta de instrução de trabalho Desfibrilador/Monitor Heartstart XL.....	135
APÊNDICE IV – Proposta de Procedimento de enfermagem para a pessoa submetida Intubação Endotraqueal.....	143
APÊNDICE V – Estudo de Caso em contexto de Serviço de Urgência	149

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde tornam-se cada vez mais exigentes, por isso faz todo o sentido evoluir na prestação de cuidados e adquirir novas competências em enfermagem. Para qualquer disciplina profissional é fundamental o desenvolvimento de um corpo de conhecimento que possa ser aplicado à prática. Assim, os estágios são momentos importantes para o desenvolvimento dos conhecimentos e competências, no contexto da prática clínica.

Da necessidade de solidificar competências adquiridas no meu percurso profissional e adquirir novas, que me permitam prestar cuidados de enfermagem diferenciados, surgiu a oportunidade de frequentar o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEEMC). Este Curso, tendo por base o modelo preconizado por Bolonha nos termos do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, republicado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, compreende um modelo de ensino baseado no desenvolvimento de competências, onde a metodologia de aprendizagem tem por base a promoção da reflexão crítica, a procura do autoconhecimento, o que permite desenvolver a autonomia e a responsabilidade (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

A realização deste relatório surge inserido na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, no âmbito do MEEEMC do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), com vista à obtenção do grau de Mestre.

O presente relatório visa cumprir os seguintes objetivos:

- Descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Demonstrar as competências adquiridas, assim como a identificação de problemas de saúde e desenvolvimento de soluções eficazes;
- Refletir sobre as competências adquiridas, assim como a identificação de problemas de saúde e desenvolvimento de soluções eficazes.

Sendo que a minha área de trabalho é o doente cirúrgico e que esta sempre foi a área que me despertou maior interesse, esta seria a área mais apropriada para a especialização. Facto que se foi confirmando ao longo de todo este percurso, uma vez que cada vez mais me identifico com esta temática. Para a Ordem dos Enfermeiros (2018, p. 19363) “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”.

O estágio foi realizado em contexto de cuidados intensivos polivalente (UCIP) e serviço de urgência (SU), permitindo-me conhecer as políticas internas de prestação de cuidados, gestão, supervisão, formação e investigação de outros serviços com os quais trabalho em intercolaboração.

O estágio na UCIP foi realizado num hospital da zona norte de Portugal, entre o período de 10 de Setembro a 3 de Novembro de 2018. A opção deste campo de estágio prende-se com o facto de me encontrar a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos monovalente e querer diversificar os conhecimentos em termos de diagnósticos e intervenções de enfermagem. A UCIP recebe pessoas com várias disfunções multiorgânicas, bem como, politraumatizados e doadores de órgãos proporcionando-me um vasto leque de experiências e a aquisição de novos conhecimentos relacionados com cada uma dessas áreas.

O estágio no SU da mesma instituição decorreu entre o período de 5 de Novembro a 12 de janeiro de 2018. Escolhi este campo de estágio pelo fato de ser considerado uma referência na zona norte do país, e por funcionar de acordo com os requisitos legais como um SU polivalente, tendo também valências altamente diferenciadas, funcionando com uma urgência de nível II, ou seja, polivalente, que recebe qualquer tipo de doente em estado crítico e que se encontra sob abrangência de várias especialidades médicas. A caracterização dos contextos de estágio realiza-se ao longo do relatório, sempre que considerar relevante.

A minha experiência profissional de 7 anos na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica da mesma instituição permitiu-me adquirir e desenvolver competências tanto em contexto de prestação de cuidados como ao nível da formação, bem como ter oportunidades de aprendizagem, consolidação de saberes e desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

A metodologia utilizada é descritiva e crítico reflexiva, com recurso à pesquisa bibliográfica em bases de dados indexadas nomeadamente na B-On (Biblioteca do Conhecimento Online),

no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), na EBSCOhost e no Google Académico, e à mobilização de conceitos adquiridos na componente teórica do MEEEMC.

O presente relatório será dividido tendo em conta os domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e tendo sempre como base o Regulamento n.º 140/2019 dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica da OE (OE, 2019).

Tendo em conta o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, encontramos a definição de pessoa em situação crítica como: “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” Esta pessoa necessita de cuidados diferenciados, definidos como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato...com os objetivos... de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018, p.19359).

O documento encontra-se dividido em três partes. O desenvolvimento encontra-se organizado pelos diferentes domínios comuns do EE: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais. São expostas as situações detetadas como problema e as respetivas estratégias implementadas para a sua resolução, visando sempre o pensamento crítico e reflexivo.

Esta divisão parece-me a mais adequada para a reflexão sobre o meu percurso no estágio, permitindo-me organizar as atividades desenvolvidas e os objetivos atingidos no âmbito de cada domínio.

2. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Ao longo do estágio deparei-me com alguns dilemas éticos, por esse motivo houve a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre princípios deontológicos e ético-legais de forma a dar resposta aos problemas ético-legais com que me ia deparando.

Um dos objetivos que esteve presente ao longo da minha prestação de cuidados foi:

-Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas.

Por esse motivo, para além da capacidade de integrar conhecimentos tentei refletir sobre implicações e responsabilidades profissionais, éticas e sociais. O direito ao cuidado é o que move a profissão de enfermagem, segundo Thompson et al (2004, p.110) “o dever legal do cuidar dos enfermeiros (...) deriva da natureza do contrato implícito ou real entre os prestadores de cuidados e aqueles de quem eles cuidam ou que lhes confiaram as suas vidas. (...) O não cumprimento do dever de cuidar enquanto profissionais não só pode ser moralmente condenável por quebra de confiança, como alvo de um processo judicial”.

Ao refletir sobre a responsabilidade profissional, ética e legal na prestação dos meus cuidados de Enfermagem, torna-se imperativo refletir sobre os quatro princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Estes princípios surgem para nortear as ações dos profissionais de saúde visando o respeito pela individualidade e dignidade do ser humano. A Constituição da República Portuguesa, artigo 1º (pág. 18) refere que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”

Com o intuito de prestar cuidados de Enfermagem de qualidade, é de extrema importância debruçar-me sobre o Código Deontológico de Enfermagem (CDE). Um dos princípios gerais (artigo 99º), prende-se com a preocupação na defesa da liberdade e dignidade tanto da pessoa como do Enfermeiro (OE, 2015).

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados com vista a respeitar os princípios éticos, a respeitar os valores pessoais e tradições culturais, garantir a informação ao doente e família mantendo sempre a confidencialidade e a segurança da informação e do doente e promover a privacidade do doente. Segundo o artigo 107º do CDE, é importante atender “aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família” (OE, 2015).

Os doentes são pessoas com o seu próprio estilo de vida, atribuindo um valor muito próprio à privacidade, daí a necessidade do enfermeiro compreender o doente na sua globalidade. De facto, os enfermeiros são aqueles que, sob as mais variadas formas, têm o privilégio da aproximação e contacto com os doentes, tendo grande responsabilidade na preservação da privacidade nos cuidados (Queirós, 2017).

Na UCIP, por várias vezes, tive de arranjar estratégias para promover a privacidade do doente, pois apesar de cada unidade estar equipada com cortinas, por vezes isso não se verificava quando as mesmas iam para a lavandaria por questões de controlo de infeção. A utilização de biombos apresenta-se como uma estratégia eficaz para a resolução do problema, sendo necessária a aquisição em número suficiente para promover a privacidade numa unidade do doente.

Tendo em conta o estudo de Soares (2011), os pontos mais sensíveis em termos de constrangimento, desconforto e insegurança durante o internamento é o momento da exposição do corpo para os cuidados de higiene ou tratamento, e a postura inadequada da equipa de enfermagem, como efetuar comentários em voz alta sobre assuntos que só dizem respeito ao doente.

Os cuidados de higiene põem em cena a imagem de si, o espaço, o tempo e os sentidos numa encenação em que pelo menos dois corpos, dois atores, estão sempre presentes: o enfermeiro e a pessoa cuidada. A interação entre eles é caracterizada por uma assimetria de níveis de implicação, em que a pessoa cuidada, por ser um corpo doente, está dependente do outro. O hospital, principalmente os CI, reforça este sentimento de dependência e passividade ao circunscrever o corpo a um espaço limitado e a uma espera pelo cuidado, numa imobilidade forçada para a qual a doença também contribui (Salvado, 2010). A reforçar os sentimentos supracitados, encontra-se, por vezes, a incapacidade de alguns doentes se expressarem.

A privacidade torna-se essencial na prestação de cuidados e protegê-la consiste na evitação de uma exposição desnecessária do corpo do doente, exposição que se encontra associada à noção de vulnerabilidade.

Enquanto enfermeira prestadora de cuidados tive sempre o cuidado de pedir autorização antes de expor e tocar no corpo do doente, pois o facto de se encontrar despido traduz-se em desconforto e/ou vergonha. A dinâmica dos CI, a densidade tecnológica, a complexidade do cuidado desenvolvido, o cumprimento de normas e rotinas institucionais, a convivência constante com a gravidade das situações clínicas leva a um cuidado direcionada para o controle e manutenção das funções vitais, com ênfase no uso de tecnologias e aplicação de conhecimento técnico-científico, visando à manutenção da vida. Assim, considerei a privacidade um tema pertinente para abordar, em momentos informais, na equipa de enfermagem.

Segundo a carta dos direitos do doente internado, embora as urgências não constituam um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos. Por vezes, numa área em que podem estar 40 doentes e existem apenas 6 boxes com cortinas (DGS, 2011). Assim, para assegurar a privacidade torna-se necessária a deslocação de doentes que se encontram nas boxes com cortinas para outro local, o que permite colocar o doente a quem se vai realizar algum procedimento mais invasivo, como por exemplo uma algáliação, num local com mais privacidade. Contudo, quando a afluência é elevada e existem macas dispersas, torna-se complicada a mobilização de doentes para as boxes supracitadas.

O Centro Hospitalar onde decorreu o estágio, é das poucas estruturas hospitalares a nível nacional com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde: desde o doente agudo, através do seu Serviço de Urgência Polivalente, passando pelos cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatório, até aos cuidados continuados e de reabilitação. O Serviço de Urgência Polivalente recebe diariamente mais de 500 doentes constituindo o nível mais diferenciado dos serviços de resposta a urgências/emergências. O espaço é pequeno para a afluência diária de doentes que se dirigem ao SU, levando muito vezes à sobrelotação das várias áreas assistenciais. Por exemplo, a sala de reanimação é composta por duas boxes que se revelaram insuficientes quando tivemos de receber um doente intrahospitalar após terem dado entrada para a sala dois doentes politraumatizados. Tendo o serviço sofrido

remodelações ao longo dos anos, a expansão é impossível devido às limitações estruturais do edifício.

Segundo o Manual de Standards para as unidades de urgência e emergência, os profissionais devem “garantir que o cidadão atendido numa situação urgente/emergente mantenha o seu direito à intimidade física e privacidade durante todo o seu atendimento. Para o efeito são proporcionados os recursos possíveis no contexto da atuação dos profissionais, limitando a exposição dos cidadãos atendidos e procurando um enquadramento o mais reservado possível” (DGS, 2016, p.87). Assim, ao falarmos da privacidade do doente no contexto do SU, temos de falar das instalações físicas, pois neste serviço estão intimamente ligados. A imprevisibilidade da afluência ao SU origina não só a uma distribuição de doentes pelas áreas de passagem que o permitam (os corredores), como também uma sobrecarga dos enfermeiros alocados às diferentes áreas, aumentando significativamente o rácio de doentes por enfermeiro. Nestes casos, o coordenador de equipa tem um papel fundamental pois gere os recursos humanos por forma a dar resposta a situações mais prementes, por exemplo, desloca temporariamente um enfermeiro da área verde, se tiver poucos doentes, para a área que tenha uma maior afluência. Não sendo possível deslocar enfermeiros entre as diferentes áreas, o coordenador de equipa presta cuidados. A dotação adequada de recursos de enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes e reporta-se à correta adequação entre o número de enfermeiros em tempo integral e a complexidade de competências disponíveis (OE, 2014).

Segundo a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, qualquer intervenção de Enfermagem carece do consentimento livre e esclarecido do doente. Este deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo da intervenção, bem como às suas consequências e riscos (Assembleia da República Portuguesa, 2001). Porém, há situações em que não é possível obter o consentimento livre e esclarecido por parte do doente devido ao seu estado clínico.

Na UCIP os doentes encontram-se muitas vezes desorientados e pouco colaborantes e outros sedados/curarizados, pelo que baseei a minha prática clínica de acordo com o consentimento presumido. Torna-se imperativo conhecer a vontade prévia do doente e no caso de não existirem Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), nomeadamente em forma de testamento

vital, e o doente não nos ter conseguido demonstrar a sua vontade, a família traduz-se numa aliada.

O testamento vital é um documento onde a pessoa pode descrever os cuidados de saúde que pretende ou não receber, no caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente. Este documento pode ser revogável ou modificável em qualquer momento, pelo seu autor, permitindo também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde (Assembleia da República Portuguesa, 2012).

Pela DAV, no capítulo II, artigo 2º, o doente pode expressar a sua vontade antecipada consciente, livre e esclarecida de não ser submetido a tratamentos de suporte que apenas visem retardar o processo natural de morte. Da mesma forma pode expressar a sua vontade de receber cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção no sofrimento devido a uma doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada (Assembleia da República Portuguesa, 2012).

Nas situações de emergência no SU, o consentimento informado transforma-se, também, em consentimento presumido sendo que, os cuidados prestados são efetuados tomando como princípio o benefício direto do doente. Assim, levando em consideração o melhor benefício para o doente, realizei sempre as minhas atividades tendo em conta esse princípio (Deodato, 2012).

Tendo em conta o Código Penal Português, o consentimento presumido é equiparado ao consentimento efetivo, pois atua no pressuposto de que se o doente estivesse capaz nos daria o seu consentimento livre, por este motivo o profissional de saúde atua sempre no pressuposto do benefício para o doente (Ministério da Justiça, 2007).

Uma dessas situações decorreu com um doente agredido com arma branca no abdómen e tórax. Quando deu entrada na sala de emergência vinha acompanhado pelos elementos da VMER, que no local do crime tinham cortado a roupa e realizado penso às feridas perfurantes. Após a transferência do doente para a maca, o enfermeiro destacado para a sala, com as luvas colocadas, retirou toda a roupa ao doente colocando-a num saco que viria a ser recolhido pelo elemento pertencente à polícia judiciária aquando da transferência do doente para a realização de exames. Por se tratar duma agressão os agentes de autoridade, no momento da recolha de provas físicas, deveriam ter estado presentes. No entanto, foi profissional de saúde a decidir que evidências físicas deveriam ser recolhidas e/ou preservadas. Segundo Gonçalves (2011) torna-se imperativo que os enfermeiros do serviço

de urgência tenham conhecimentos na identificação e preservação de provas forenses. O principal objetivo dos profissionais de saúde numa sala de emergência é de manter a vida e promover a saúde dos utentes, que passa imediatamente pela avaliação e tratamento das lesões. Contudo, estes utentes e a sociedade em geral estarão melhor servidos por profissionais que possam também reconhecer, documentar, preservar e recolher evidências sob a hipótese de mais tarde poderem vir a ter significado médico-legal (Gonçalves, 2011).

No decurso do estágio atuei de acordo com a ética e deontologia profissional. Envolvi, sempre que possível, o doente no plano de cuidados, respeitando os seus direitos, autonomia, dignidade, privacidade, assim como as crenças e valores. Tive o cuidado de informar o doente de todas as intervenções de enfermagem que teria de realizar, obtendo desta forma o seu consentimento livre e esclarecido para essas intervenções.

A passagem de turno é um momento de reunião da equipa de enfermagem, de forma a assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, tendo como finalidade a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Sendo este um momento de análise das práticas de cuidados e de formação (OE, 2001).

A passagem de turno na UCIP é realizada em dois momentos. Num primeiro momento numa sala fechada, o enfermeiro responsável de turno apresenta uma síntese de tudo o que se passou durante o turno, a informação dos doentes mais sensível e que carece de maior confidencialidade e a toda a gestão de recursos. O segundo momento é junto à unidade de cada doente entre o enfermeiro do turno anterior e o enfermeiro que o vai substituir, o que me permitia um primeiro contacto e visualização do estado geral do doente.

Sempre que realizava a passagem de turno, usava um tom de voz baixo pois a informação clínica transmitida em frente aos doentes poderia ser ouvida tanto pelos doentes conscientes que se encontravam em unidades próximas, como pela restante equipa multidisciplinar. No artigo 106º do CDE consta que os enfermeiros só podem partilhar a informação pertinente com aqueles que estão implicados no plano terapêutico. Não é por ser profissional de saúde, ou mesmo familiar, que tem o direito a ter acesso à informação do doente que é propriedade do mesmo (OE, 2015).

Assim, no que concerne ao sigilo profissional, este método de passagem de turno suscitou-me alguma reflexão. Segundo o enfermeiro chefe, muitos modelos de passagem de turno foram experimentados, sendo que o descrito anteriormente foi o que melhor se adaptou às

características tanto físicas como funcionais da UCIP e foi aceite como o mais adequado pela equipa de enfermagem.

Em relação ao SU a passagem de turno realizava-se na área do SU onde o enfermeiro se encontrava. Transmite-se a informação em frente aos doentes, estando grande parte deles conscientes e orientados, podendo assim ouvir informação clínica que não a sua. Sendo uma oportunidade de melhoria, propus passar a informação mais sensível junto à área de preparação de medicação por esta ser a zona mais distante dos doentes em cada área do SU. A equipa de enfermagem demonstrou-se recetiva a esta alteração na passagem de turno, reconhecendo a melhoria na confidencialidade dos dados dos doentes.

Segundo o parecer do Conselho Jurisdicional/20 de 2001, os locais de passagem de informação são geridos em cada contexto de trabalho e atendendo às suas necessidades, de forma considerada mais adequada para responder às finalidades de trabalho. Neste sentido, e como acontece no local de estágio, tanto podem ocorrer em espaços de trabalho específicos ou exclusivos dos enfermeiros como no espaço da unidade de cada utente, ou outras, não sendo estas mutuamente exclusivas (OE, 2001a).

Segundo o artigo 110º do CDE, devemos: “ dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015, p. 8080). Esta humanização dos cuidados norteou sempre o meu estágio.

Na prestação de cuidados tive sempre em mente as necessidades da família presentes no Inventário das necessidades da família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI), que destaca a segurança, a informação, a proximidade e o conforto como as necessidades mais sentidas pelas famílias do doente em CI (Campos, 2014). O que vai de encontro com o praticado na UCIP em que, nos períodos de visita dos familiares, o responsável de turno esteve sempre disponível para receber os familiares de cada doente, prestar informações sobre o estado atual e encaminhá-los até à unidade do seu familiar. Segundo Baião (2017), a relação estabelecida entre a equipa de enfermagem e a família deve ser baseada na intencionalidade de ajuda e suporte, devendo esta, estar preparada para atender às necessidades dos familiares, relacionadas com a experiência do internamento do doente em ambiente crítico.

No decorrer do meu estágio na UCIP estive, sempre que possível, presente no acolhimento à família, apresentando-me como a enfermeira de referência do doente naquele turno,

mostrando disponibilidade, segurança e respondendo a questões da minha área de competência por forma a reduzir a ansiedade da família. Quando algumas questões já não se enquadravam na área de competência da enfermagem, solicitava a presença do médico de serviço.

Durante a visita estive sempre atenta à linguagem corporal/verbal da família que, por vezes, mostrava preocupação e medo com os alarmes e dispositivos médicos que envolviam o seu familiar. Nestas situações transmiti segurança, tentando desmistificar o ambiente tecnológico presente nos cuidados intensivos.

Os períodos de visita permitiram-me proporcionar à família apoio emocional, suporte social e espiritual, segurança e respeito com o objetivo de promover o conforto físico e psicológico, necessários para ultrapassar o internamento do doente crítico (Lima et al, 2015). Com as intervenções direcionadas à família penso ter conseguido mudar a forma como esta experiencia e vivencia o processo de internamento do seu familiar. Segundo Borges (2015) é fundamental que o enfermeiro considere igualmente a família como foco da sua prestação de cuidados. A Ordem dos Enfermeiros evidencia esta necessidade classificando-a como sendo uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área (OE, 2018).

A comunicação de más notícias em saúde continua a ser uma área de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. São situações que geram perturbações quer na pessoa que recebe a notícia quer na que transmite pelo que a comunicação deste tipo de notícia é encarada como uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente e/ou família, mas também pela dificuldade de gerir a situação (Pereira, 2004).

Um dos momentos que mais me marcou foi participar na transmissão de más notícias, na UCIP, quando uma família foi informada que iriam se suspensas as medidas de suporte de vida da doente. Antes da transmissão de notícias, de modo a diminuir os obstáculos que possam surgir durante a passagem de informação, devemos procurar saber o nível de educação dos interlocutores, assim como o desenvolvimento intelectual, o estatuto social e a diferença de idade, os limites dos sentidos na pessoa cuidada, as diferenças culturais, os usos e costumes da mesma, o papel da família, a orientação temporal e a língua falada, os valores, a religião e a espiritualidade e os preconceitos e os estereótipos sociais (Phaneuf, 2005).

O agregado familiar era composto pela doente de 86 anos, e a filha de 52 anos diagnosticada com oligofrenia e da qual era cuidadora. A restante família era composta pelo cunhado de 84 anos, analfabeto, cuidador da irmã da doente, ambos com graves carências económicas e a receber apoio social. Os dois elementos, filha e cunhado, foram recebidos pelo médico de serviço e pela enfermeira de referência (a minha tutora, que me permitiu participar), numa sala que proporcionou privacidade de forma a desenvolver um contexto calmo e propício para a transmissão da notícia. Inicialmente o médico tentou perceber o que o familiar já sabia e o que queria saber, por fim, partilhou a informação relativa à doente (explicou a condição atual e as medidas que iriam ser tomadas), o que vai de encontro ao que Porta (2016) refere ser como fases importantes para a transmissão de más notícias.

No entanto, o cunhado parecia confuso, pelo que houve a necessidade de reformular e adequar a informação, o que me levou a atuar segundo Phaneuf (2005). Assim, iniciei a transmissão de informação, fazendo pausas para que o familiar pudesse assimilar a informação que lhe transmitia, usando sempre uma linguagem clara e adequada. Com a minha intervenção consegui obter os resultados esperados, apoiei a família no processo de luto e proporcionei a privacidade possível quando visitaram a familiar nos CI.

As múltiplas necessidades que encontrei na UCIP exigiram muito profissionalismo nas respostas diagnósticas e terapêuticas, motivo pelo qual foi extremamente importante ter um conhecimento científico e técnico adequado de forma a justificar todas as minhas intervenções. Aspeto este que se encontra perfeitamente refletido no artigo 109º do CDE da excelência do exercício (OE, 2015).

No SU existem doentes internados em macas, o que captou a minha atenção. Segundo a carta dos direitos do doente internado (2011) não é tolerável, salvo por período curto nunca superior a 24 horas, a permanência de doentes em macas durante o internamento. No entanto, os doentes permanecem em macas por períodos muito superiores a 24 horas. Isto põe em causa a prestação de cuidados de qualidade pois a área da maca dificulta, por exemplo, os posicionamentos dos doentes que necessitem. Como o rácio de doentes por enfermeiro também é superior ao recomendado, os cuidados são prestados estabelecendo prioridades, o que leva à impossibilidade de prestar cuidados de qualidade. Dado tratar-se de um problema institucional, foi garantido pela chefia de enfermagem que era um problema identificado e que estavam a fazer todos os possíveis para colmatar esta dificuldade, nomeadamente o internamento de doentes noutras valências que não as correspondentes à sua patologia.

A instituição dispõe de uma equipa para gestão de vagas com a finalidade de minimizar/erradicar o problema do internamento no SU. Porém, o espaço é finito tal como a lotação dos restantes serviços, prevalecendo, embora em menor número, doentes em macas mais de 24h.

O contexto de urgência e emergência imprime características únicas ao cuidado de enfermagem à família da pessoa em situação crítica, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática. A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar, contudo a satisfação das suas necessidades no SU são um enorme desafio para os enfermeiros.

No SU a família é muitas vezes deixada para segundo plano, apesar do direito de acompanhamento dos utentes no SU estar contemplado na Lei n.º 15/2014. Aquando dos períodos de maior afluência ao SU, os familiares tinham de ser convidados a sair pois o acompanhamento já comprometia as condições e requisitos técnicos da prestação de cuidados. No decurso do estágio considerei oportuno informar os doentes e familiares sobre os recursos a que podem ter acesso, bem como sobre a sua aquisição.

Nos doentes em situação de fim de vida o objetivo de atuação deveria ser a redução dos estímulos desagradáveis, o controlo da dor e a diminuição do sofrimento. Apesar de alguns esforços encetados nesse sentido, por diversas vezes, presenciei procedimentos invasivos e geradores de dor e desconforto em doentes nestas circunstâncias. Um momento marcante e de reflexão, em que tive a oportunidade de vivenciar o acima descrito, decorreu aquando da entrada de um doente que teria manifestado vontade de morrer em casa. A família como já não apresentava condições psicológicas para gerir esta situação e recorreu ao SU manifestando sempre vontade de o levar para casa assim que os sintomas estivessem controlados. É dever do enfermeiro “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” (OE, 2015, artigo 108º).

Relativamente a este assunto a OE revela que a “A formação ética, deontológica e jurídica constitui o suporte adequado para a necessidade de decidir diferente em cada situação, muitas vezes deixando de prestar os cuidados que o conhecimento científico determinaria” (OE, 2010b, p. 7). A justiça na atuação está em prestar os cuidados de acordo com cada situação, adequada a cada circunstância, no sentido de evitar situações de tratamento inúteis

e fúteis causadores de sofrimento sem qualquer benefício para o doente ou para a sua família, enfatizando o facto que a formação ética, deontológica e jurídica constituir o alicerce para a necessidade de decidir de forma diferente.

Assim, no decorrer deste percurso analisei e refleti criticamente, sobre a correção da minha prática, e do que observava, quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas tendo por base a legislação existente.

Com o aprofundamento dos conhecimentos neste domínio desenvolvi a competência de:

- Demonstrar uma tomada de decisão ética numa variedade de situações de prática especializada;
- Suportar a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;
- Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

3. MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

A OE (2001b) enfatiza a necessidade de reflexão sobre a prática, no sentido de definir objetivos e delinear estratégias para a sua consecução, como indispensável para a qualidade dos cuidados de saúde. Durante ambos os contextos de estágio tive a necessidade de proceder a pesquisa bibliográfica, procurando a excelência dos cuidados tal como nos refere o artigo 109º do CDE “o enfermeiro procura em todo o ato profissional a excelência do exercício, assumindo o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, com o propósito de tomar decisões fundamentadas e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados por mim prestados (OE, 2015).

Segundo o Plano Nacional de Saúde a melhoria da qualidade no sistema de saúde é um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados (DGS, 2015). Podemos defini-la como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos doentes.

Os objetivos delineados prenderam-se com o:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise a situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimento de conhecimentos na área da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica;
- Identificar necessidades formativas e promover a formação em serviço;
- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico.

Sendo o controlo de infeção uma das áreas de intervenção extremamente importantes na área do Enfermeiro Especialista, no decorrer do estágio debrucei-me sobre a prevenção de infeção nomeadamente as Infeções Associadas aos Cuidados em Saúde (IACS).

A taxa de incidência de infeções nosocomiais é um indicador da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. Sendo os CI um ambiente onde se encontram doentes críticos é deveras importante ter uma atenção ao controlo de infeção. No decorrer do estágio verifiquei que a promoção de segurança e a reflexão sobre as práticas é uma preocupação constante, de modo a que a prevenção das IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais deste serviço, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança dos utentes.

As normas para as Precauções Básicas para o Controlo de Infeção (PBCI) têm como objetivo travar a transmissão cruzada e de diminuir a ocorrência de IACS (DGS, 2013). A UCIP dispõe de dois quartos de isolamento e nem sempre é possível manter todos doentes em isolamento de contato nos referidos quartos. No entanto, estes doentes são colocados em camas de coorte e mobilizados para os quartos de isolamento mal seja possível. Esta gestão fica a cargo do médico de serviço em parceria com o enfermeiro responsável de turno pelo que me foi permitido colaborar nesta gestão de vagas na UCIP.

Ao longo do estágio nenhum doente necessitou de quarto de isolamento por apresentar transmissão de infeção por partícula ou por se encontrar imunodeprimido. No entanto, os quartos de isolamento na UCIP necessitam de melhoria para o cumprimento de todas as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (ACSS, 2013), emanadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Estes quartos não possuem antecâmara de entrada, incluído lavatório, espaço para os equipamentos de proteção individual (EPI) adequados à situação. Embora estes possibilitem pressão positiva ou negativa, segunda o enfermeiro chefe, não há nenhum mostrador que nos permita verificar esses valores e a equipa desconhece a existência de reguladores/botões que permitam controlar/alterar as pressões dentro do quarto. Enquanto futura EE considero que estas limitações podem colocar em risco tanto os profissionais como os restantes doentes e famílias, no entanto, esta situação é temporária uma vez que está previsto a UCIP mudar de instalações após a conclusão das obras de expansão do edifício.

Apesar das limitações físicas dos CI, toda a equipa tem conhecimento das PBCI bem como da correta utilização dos EPI. Como a UCIP apresenta apenas um espaço com os EPI o que obriga os enfermeiros a levarem vários pares de luvas para junto do doente, este pareceu-me um ponto de melhoria. Assim, sugeri colocar mais dispensadores de luvas e máscaras perto dos interruptores de luz de cada box (situados em pilares ou parede), bem como a mesma

proporção de desinfetante das mãos, que irá diminuir o erro do enfermeiro na correta desinfecção das mãos bem como no uso correto das luvas. Esta sugestão foi bem aceite.

A maioria das infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) adquiridas no hospital estão associadas ao uso de CVC, com taxas de bacteriemia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter. Uma forma de reduzir estas taxas de infecção é essencial cumprir as normas emanadas pela DGS. Como nos demonstram Silva et al (2009), a utilização de pensos transparentes e/ou impregnados com cloro-hexidina apresentam vantagens sobre os tradicionais penso com gaze, permitindo uma visualização do local de punção, reduzem o risco de movimento do cateter, reduzem o risco de contaminação externa pois os tempos de troca de penso ficam mais alargados havendo menor manipulação. Outro estudo, concluiu que após a implementação de bundles, quando comparado as taxas de infecção relacionadas ao CVC com o mesmo período no ano anterior, estas foram menores (Dallé et al, 2012). A utilização da bundle fornece uma uniformização do cuidado baseado em evidências, promovendo assim a melhoria da qualidade e segurança do doente.

A UCIP tem protocolos no que diz respeito ao controlo de infecção, estando patentes os feixes de intervenção de prevenção de infecção associados ao Cateter Venoso Central (CVC), ao cateter vesical e o feixe de intervenção de prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI).

Consegui verificar que grande parte dos enfermeiros cumpre as indicações emanadas pela DGS, no entanto, ainda há algo a melhorar pois verifiquei que, por vezes, alguns profissionais, principalmente aqueles que se encontram em integração na unidade, apresentavam dificuldades na implementação das intervenções. Segundo Benner (2001) a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia. Torna-se competência do EE incentivar a realização destes feixes bem como colaborar no processo de integração de novos profissionais. É fundamental dar a conhecer ao enfermeiro iniciado as normas e princípios do serviço, auxiliando-o na aquisição de experiências práticas para desenvolver as suas competências (Benner, 2001).

Como futura EE senti que tinha o dever de incentivar a correta realização dos procedimentos, como colocar o penso impregnado com cloro-hexidina no cateter femoral. Por vezes, eram

os próprios colegas em integração que me indagavam sobre a correta execução de procedimentos.

No decurso do estágio refleti sobre a prática dos meus cuidados no que diz respeito a esta problemática, cumpro e implementei sempre as medidas emanadas pela DGS no controlo de infeção e na prevenção da mesma, sendo um elemento ativo na implementação e cumprimento das normas, nomeadamente higiene das mãos, utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória e as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne ao SU, um dos problemas identificados nesta unidade hospitalar foi um surto de *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC), Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos (ERC), dotadas de resistência aos antibióticos do grupo dos carbapenemos. Segundo a DGS (2017), em Portugal houve um crescimento significativo da incidência destas bactérias, com a ocorrência de surtos hospitalares esporádicos, pelo que, é essencial a adoção ou consolidação de boas práticas nacionais neste âmbito. Na zona de Observação (OBS) amarelo/laranja existem três macas destinadas a doentes com critérios para rastreio de KPC, o que demonstra que foram adotadas medidas tal como sugerido pela DGS. Estes critérios encontram-se definidos no documento da DGS (2017) “Prevenção da Transmissão de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos”. Para além das 3 macas existe uma outra secção composta por duas macas destinadas a doentes cujo rastreio se revelou positivo. Desta forma fica assegurado uma primeira linha de prevenção de infeção cruzada.

O correto uso das luvas é de extrema importância no que concerne ao controlo de infeção pelo que foi também um ponto de interesse ao longo do estágio. Existe uma norma emanada pela DGS (2015) que nos demonstra quais as situações em que é necessário o uso luvas e que tipo de luvas a usar, como e quando as descartar. Pude verificar que, por vezes, o uso de luvas é feito de forma indiscriminada e independentemente da ação a realizar, sendo que muitas vezes os 5 momentos da desinfeção das mãos (higienização das mãos) são esquecidos, apesar de terem lavatórios e solução de base alcoólica disponíveis. Indaguei a minha tutora quanto à necessidade formativa acerca do tema pelo que consultamos o plano de formação anual no qual já se encontrava agendada uma formação em serviço sobre uso correto das luvas e os 5 momentos da lavagem das mãos.

Outro ponto encarado como oportunidade de melhoria no SU foi a utilização do mesmo sistema de humidificação em vários doentes por longos períodos. Os sistemas humidificadores utilizados no hospital são de uso único, conforme símbolo que consta no folheto informativo do produto e de acordo com o preconizado pelo MS (2013). Partilhei esta constatação com a tutora e a equipa, tendo estes demonstrado que ficaram mais sensíveis a esta temática. Ao longo do estágio sensibilizei as assistentes operacionais para a troca do sistema de doente para doente de forma a incutir esta prática nas rotinas do serviço.

Um dos objetivos neste domínio era identificar as necessidades formativas na minha área de especialização. A formação na UCIP está a cargo da enfermeira responsável pela formação, que define o plano anual. Este plano é elaborado atendendo às necessidades manifestadas ou demonstradas pelos profissionais através de um questionário entregue a todos os elementos da equipa, tendo por base o diagnóstico de necessidades da equipa de enfermagem e as opções estratégicas do próprio serviço e da instituição. Assim sendo, foi-me proposta uma parceria com uma colega da UCIP para desenvolver uma sessão de formação sobre Electrocardiografia. Uma vez que a colega possuía menos experiência profissional e, também, ao nível da temática em causa, pude dar o meu contributo para a promoção do seu desenvolvimento profissional e pessoal.

A interpretação das arritmias cardíacas pelos enfermeiros é essencial para melhorar a resposta da equipa de enfermagem no cuidado. O conhecimento sobre eletrofisiológica e ritmos cardíacos anormais têm uma importância fundamental para o enfermeiro, em especial para os profissionais que trabalham em unidades de cuidados intensivos (Scanavacca, 2012). A administração de alguns fármacos pode provocar arritmias mesmo em pessoas sem predisposição para tal morbidade. Do mesmo modo, os doentes com agitação psicomotora ou com elevados níveis de stress apresentam, geralmente, alterações elétricas e hemodinâmicas bem como respostas neuroendócrinas aumentadas (Stipp, 2012).

Existe uma ampla possibilidade diagnóstica e terapêutica para arritmias e, sendo o enfermeiro o profissional que permanece continuamente ao lado do doente, deve reunir conhecimentos das anormalidades do ritmo cardíaco e adoção de condutas adequadas a cada situação. Assim, em contexto de CI, os cuidados de enfermagem iniciam-se com a monitorização adequada do paciente (Nardino et al, 2014).

O monitor cardíaco nos fornece um traçado simples de eletrocardiograma, assim é possível identificar o surgimento de arritmias cardíacas. O monitor se torna de mais fácil uso, pois

qualquer alteração no paciente é logo detetada. A monitorização cardíaca contínua é indicada para arritmias que podem levar ao risco de vida potencial (Nettina, 2007).

Sendo assim, o eletrocardiograma (ECG) ou a monitorização cardíaca são ferramentas importantes para uma prestação de cuidados de qualidade, tornando-se necessário que o enfermeiro obtenha conhecimentos na área da electrocardiografia.

A leitura do traçado electrocardiográfico exige experiência mas o cumprimento sistemático das regras básicas de interpretação do traçado facilitam a identificação rápida e correta do ritmo. Mais importante que identificar o ritmo exato é saber que se trata de um ritmo anormal e avaliar a sua repercussão no débito cardíaco, ou seja, a sua tradução em termos hemodinâmicos, iniciando o tratamento adequado. A classificação precisa é secundária (INEM, 2011). Relembrar e aprofundar conhecimentos nesta área é imprescindível para quem trabalha em CI, sendo que esta necessidade de formação foi crescida pelo facto de ter havido um reforço da equipa de enfermagem, havendo a necessidade de integrar os novos elementos.

A formação em serviço com o tema “Electrocardiografia” (Apêndice I) teve a adesão de 9 enfermeiros, entre os quais 3 enfermeiras que trabalhavam na UCIP há menos de 2 anos. No fim da sessão foram apresentadas tiras de ritmo para que o grupo pudesse identificar os ritmos tendo sido todos eles corretamente identificados, pelo que considero que os objetivos delineados foram atingidos. No fim da sessão os formandos foram questionados acerca da pertinência da sessão de formação e como avaliavam os formadores. A ambas as questões as respostas foram positivas, avaliando a formação e formadoras como excelentes. Como a formação teve um impacto tão positivo na equipa, após conversa informal com a enfermeira chefe, fui convidada para a repetir numa data a marcar.

A necessidade de se implementar padrões de controlo e gestão da qualidade em serviços de assistência à saúde tem apresentado um significativo crescimento nas últimas décadas, caracterizando-se como um aspeto importante para organizações que atuam neste segmento. As organizações deparam-se com exigências maiores em termos de cumprimento da legislação em vigor, adequada gestão de custos e satisfação dos clientes destes serviços. Existem muitos programas de qualidade possíveis de serem aplicados nas organizações de saúde, tais como: métodos estruturados de melhoria de processos (PDCA, 8D, 5S, 3R);

acreditação (ONA, JCI, CCHSA, NIAHO); modelos de excelência organizacional (PNGS, Malcolm Baldrige National Quality Award, European Foundation for Quality Management-EFQM); normas International Organization for Standardization - ISO (ISO 9001:2008; ISO 14000, ISO 26000), entre outros (Berssaneti, 2016).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aponta como uma das prioridades o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde através da audição, certificação e acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde (DGS, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a qualidade em saúde como um serviço que contém profissionais que refletem um elevado nível de excelência, associados a um risco mínimo, resultados de saúde nos utentes e utilização eficiente dos recursos existentes (WHO, 2006).

Um mecanismo externo de qualidade pode ser definido como um processo regional ou nacional voluntariamente criado por organizações prestadoras de serviços, com o objetivo de melhorar a organização e a prestação de serviços de saúde, considerando padrões desenvolvidos por equipas moderadas por uma autoridade não partidária (Shaw, 2000). Assim, o processo de acreditação consiste em, avaliar e certificar a qualidade das instituições de saúde, por meio de padrões bem definidos, aplicando programas que estimulam a transformação da realidade.

Alguns programas de qualidade incentivam as organizações a trabalhar por processos e respeitar os requisitos dos utilizadores, cumprindo-os. Assim, são executadas mudanças, com o intuito de melhorar, nas áreas de registos, documentação, objetivos de qualidade, planeamento das ações e controlo dos processos de uma forma mais rigorosa (ISO, 2015). As organizações de saúde, através da acreditação, implementam boas práticas de gestão da qualidade, das quais fazem parte a criação de protocolos, instruções de trabalho, implementação de procedimentos, entre outros.

A médio prazo, a acreditação do SU é uma meta a alcançar para tal é necessário desenvolver uma série de documentação entre eles instruções de trabalho. Assim, propus à tutora bem como à chefia o desenvolvimento de instruções de trabalho, que se enquadram na sala de emergência, sobre o ventilador de transporte, o desfibrilador e a intubação endotraqueal (IET).

Para a cultura de qualidade dos serviços de enfermagem é imprescindível o papel do EE na implementação de estratégias assegurar o nível de cuidados de saúde desejados. Uma ferramenta que o EE pode utilizar para a melhoria da qualidade é a padronização das intervenções de enfermagem, por meio dos procedimentos, levando em consideração a realidade do serviço e estimulando melhorias nos cuidados (Moura et al, 2017).

Segundo o Manual de Standards para as unidades de urgência e emergência, devem ser estabelecidas medidas que permitam uniformizar critérios em função da melhor evidência científica e clínica, para isso, são consensualizados protocolos e procedimentos que permitam unificar os critérios dos profissionais (DGS, 2016).

Uma vez que o ventilador de transporte foi alterado para a versão mais recente e os colegas não se encontram familiarizados com o novo modelo, era premente a realização duma instrução de trabalho que orientasse para o funcionamento e utilização do aparelho bem como para o teste do mesmo. O teste de funcionamento é realizado diariamente, deixando o aparelho pronto a ser utilizado, de forma a reduzir ao máximo o tempo perdido. Assim, elaborei uma proposta de instrução de trabalho do Ventilador de Transporte Oxylog®3000 (Apêndice II).

A nível intra-hospitalar, 25% das PCR, o ritmo inicial de paragem é FV ou TV sem pulso. A desfibrilhação nos primeiros 3-5 minutos após o colapso pode significar taxas de sobrevivência entre 50-70% (ERC, 2015). O Desfibrilador/Monitor Heartstart XL faz parte dos aparelhos que se encontram na sala de emergência do SU, utilizado frequentemente em suporte avançado de vida, cardioversão elétrica e menos frequentemente como pacemaker. A proposta de instrução de trabalho aborda a realização dos procedimentos descritos anteriormente bem como a realização do teste do aparelho (Apêndice V). A realização do teste de funcionamento dos aparelhos é de extrema importância, uma vez que detetando possíveis erros ou mau funcionamento dos equipamentos, reporta-se superiormente, colmatando falhas e melhorando a qualidade de prestação de cuidados.

A padronização de procedimentos apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem um cuidado padronizado ao doente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa. A adoção de protocolos de cuidados pode proporcionar maior satisfação tanto para a equipa de enfermagem como para o doente, maior segurança na realização dos procedimentos e,

consequentemente, maior segurança para o doente, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final (Moura, et al, 2017).

A expressão “morremos por ordem alfabética” encontra sentido quando associada à abordagem A - Airway, B - Breathing, C - Circulation, D - Disability, E - Exposition (ABCDE). Esta abordagem, fortemente ressaltada pela evidência científica, é aplicável em todas as situações de emergência médica e amplamente aceita pelos profissionais de saúde em todo o mundo. A primeira letra da abordagem, “A” (do inglês “Airway”), refere-se à via aérea, que Hagberg (2013) define como uma via corporal de passagem de ar que se estende desde o nariz e boca até aos alvéolos. A IET é considerada o “gold standard” na manutenção da via aérea de modo a fornecer a ventilação e oxigenação ao doente crítico. A técnica consiste na colocação de um tubo endotraqueal (TET) na traqueia por via oral ou nasal que permite e tem como principal função assegurar a permeabilidade da via aérea bem como aspirar/remover secreções, proteger a via aérea da aspiração, realizar ventilação mecânica (Jacobs & Grabinsky, 2014).

A abordagem das vias aérea pode ser dividida em básica (ou simples) e avançada. Uma abordagem básica consiste no alívio manual da obstrução da via aérea superior, na ventilação com máscara e insuflador manual ou na inserção de adjuvantes da via aérea como o tubo orofaríngeo e nasofaríngeo. A abordagem avançada da via aérea tende a ser reservada para profissionais de saúde com formação diferenciada e inclui técnicas como a IET (Rodrigues, 2015). O papel do enfermeiro, na abordagem avançada, é essencial na preparação do material e doente para a técnica.

Assim, com os objetivos de descrever material utilizado, os cuidados de enfermagem antes e após e uniformizar o procedimento de enfermagem na IET, realizei uma proposta de procedimento sobre o tema (Apêndice IV).

Outra preocupação para a melhoria contínua da qualidade de cuidados, prende-se com a segurança na administração da medicação. A administração de medicamentos é uma responsabilidade da enfermagem em qualquer instituição de saúde. O ambiente físico de trabalho quando não apropriado ou muito movimentado, o cansaço e stress dos profissionais, distração, falha na comunicação ou entendimento de uma prescrição, sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento sobre medicações, falta de protocolos de preparação de medicamentos, falhas no stock e distribuição dos medicamentos, podem interferir na administração segura de medicamentos (Ferreira et al, 2014). Tendo por base Cassiani *et al*

(2006), uma das causas de erro de medicação é a falta de atenção do profissional de saúde e a não implementação do sistema de unidose por parte da instituição.

Na UCIP a correta identificação da medicação e do doente é uma constante preocupação da equipa de enfermagem. Apurei que o risco de erro na administração da medicação é mínimo, visto os enfermeiros rotularem a medicação com o nome do doente, com o nome e data da preparação da medicação e antes da sua administração realizarem a identificação positiva do doente. Verifiquei que as normas emanadas pela DGS para a identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde se encontravam bem definidas.

No SU é colocada nos doentes uma pulseira identificativa no momento da triagem, porém quando o doente se dirige para área correspondente ao resultado da triagem, torna-se mais complicado. Algumas áreas do SU podem comportar até 40 doentes e se o enfermeiro não for criterioso com a medicação e identificação do doente, o erro pode surgir. Para conseguir colmatar este problema sempre que existia uma medicação prescrita no ALERT®, após a sua preparação rotulava-a com uma etiqueta identificativa do doente e com o nome da medicação, data e hora de preparação bem como via de administração. Após chamar o doente pelo primeiro e último nome, dirigia-me ao mesmo e antes de administrar a medicação confirmava a sua identificação, o nome completo e a data de nascimento e possíveis alergias, e só após procedia à administração (DGS, 2015). Os doentes que apresentavam comunicação recetiva e/ou expressiva alterada tornavam-se mais complicados, pois primariamente tinha de conseguir identificar onde estavam e posteriormente a identificação positiva era através da pulseira identificativa. Aproveitei os momentos de partilha informais para incentivar a rotulagem da medicação e a confirmação positiva através da pulseira identificativa para prevenir o erro, o que foi bem aceite por parte da equipa que reconheceu a mais valia do método. Segundo Sales (2018), para evitar a ocorrência de erros de medicação, os enfermeiros devem adotar estratégias preventivas, garantindo a qualidade da sua prática. Entre elas a confirmação de dados de segurança antes da preparação e administração de medicamentos e devem ser considerados nove certos a verificar na preparação e administração.

Os erros de medicação ocorridos nos processos de preparação e administração são da responsabilidade do enfermeiro e recaem dentro do seu âmbito de intervenção. A ocorrência de eventos relacionados com erros de medicação afeta milhares de pessoas em todo o mundo. Um erro de medicação pode ocorrer em qualquer processo do sistema de medicação, com

maior propensão para a ocorrência durante a preparação e a administração de medicamentos (MS, 2015).

Para evitar a ocorrência de erros de medicação e consequentes eventos adversos, os enfermeiros devem adotar estratégias preventivas de forma a garantir a qualidade da sua prática profissional e a segurança da pessoa alvo de cuidados. A adoção destas estratégias promoverá a diminuição da ocorrência de erros de medicação, mas apenas com o empenho, dedicação e comprometimento de toda a equipa será possível implementar um sistema de medicação mais seguro, em todos os seus processos e circuitos (Sales, 2018).

Segundo a DGS (2015), cabe aos enfermeiros, entre outros profissionais de saúde, promover o desenvolvimento de práticas seguras no processo de gestão da medicação. Estes são, também, responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA. Os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, são conhecidos na literatura internacional por medicamentos LookAlike, Sound-Alike (LASA).

Quanto ao acondicionamento dos medicamentos no SU, estes encontravam-se organizados por ordem alfabética o que não respeita a norma da DGS acerca dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. O mesmo ocorre no que diz respeito à medicação dos carros de emergência. Algo que denotei foi que a medicação não tem uma ordem específica em todos os carros de emergência existentes no hospital, cada serviço tem a liberdade de organizar cada espaço do carro como achar mais conveniente. O protocolo hospitalar dos carros de emergência apenas define o que cada gaveta deve conter e as quantidades.

Com o aprofundamento dos conhecimentos neste domínio desenvolvi a competência de:

- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica;
- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégias institucionais;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

|

4. GESTÃO DE CUIDADOS

De acordo com o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), o domínio da gestão de cuidados tem em vista otimizar “as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo segurança e qualidade das tarefas delegadas”.

Para este domínio determinei como objetivo:

-Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente crítico e demonstrar capacidade para integrar conhecimentos sobre gestão de recursos humanos e materiais.

Nos CI os enfermeiros trabalham rodeados de alta tecnologia, ventiladores, monitores para as mais diversas funções, desfibrilhadores, bombas infusoras de alimentação e de terapêutica medicamentosa, dialisadores. Para lidar com todo este material e poder prestar cuidados de alta qualidade ao doente crítico, estes profissionais necessitam de um grande período de integração e de desenvolvimento de competências, bem como o aprofundamento pelo estudo de aspetos teóricos e práticos específicos (Queirós, 2017).

Para a OE é importante “dotar os profissionais de saúde não apenas de conhecimentos, mas das competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde” (OE, 2018, p.4).

De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento de competências em enfermagem acontece dentro de cinco estádios, de iniciado a perito. Segundo Queirós (2017), os enfermeiros peritos têm conhecimentos aprofundados, alargados e adquiriram metacompetências. Diferenciam-se pela capacidade de liderança, de supervisão, de gerir mudança e pelas competências comunicacionais acrescidas. Apresentam capacidade de agir reflexivamente, planear, sistematizar, avaliar consistentemente e têm mais destreza. Maior capacidade de adaptação, segurança e conseguem uma visão mais global. São competentes na gestão de conflitos, em lidar com o stresse, bem como articulam a teoria e a prática, criam

conhecimento, utilizam a investigação, respondem a situações complexas, tem capacidade de decidir. Apresentam capacidade de antecipação, perspicácia, fazem uso da observação discriminada, rapidez na ação e competência na definição de prioridades. Comportam uma visão do contexto e tende à especialização. Assim sendo, o saber dos enfermeiros peritos é um saber diferenciado, construído e só possível pela experiência profissional, pela ação ou seja pela clínica de enfermagem (Queirós, 2017).

Quando falamos do enfermeiro perito relacionamo-lo com uma enfermagem avançada. Neste paradigma, as competências clínicas de suporte a uma prática expandida traduzem-se no aprofundamento relacional, no entendimento que cuidar (com desvelo, compaixão e solicitude) vai para além de prestar cuidados (mero fazer técnico), comporta uma atitude também ela aprendida, treinada, investigável e validável, assim passível de se sintetizar em evidência científica de enfermagem. Sem desvalorizar o desenvolvimento e alargamento de competências técnicas instrumentais, o enfermeiro de prática avançada consegue uma prática expandida relacional e cuidativa, atuando com elevado desempenho no âmbito de um cuidado integral de enfermagem (Queirós, 2017).

No contexto de urgência o enfermeiro depara-se, maioritariamente, com situações agudas, às quais tem de dar resposta em tempo útil, pelo que o processo de enfermagem surge como um desafio, uma vez que esta resposta tem de ser implementada frequentemente numa questão de minutos. Assim, o enfermeiro vê-se obrigado a estabelecer prioridades no sentido de dirigir a sua ação sobre o foco que compromete as funções vitais do doente naquele momento, incorrendo o risco de não executar uma avaliação holística do mesmo. Tal atitude pode, por este facto, resultar numa intervenção incompleta, à qual escapam fenómenos por resolver, o que levará, inevitavelmente a uma nova recorrência ao Serviço de Urgência.

Segundo a DGS (2012), a aplicação do processo de enfermagem é uma ferramenta facilitadora para a identificação dos problemas, permitindo-me estabelecer diagnósticos e as planear e implementar intervenções de Enfermagem adequadas, fazendo avaliações constantes para verificação da sua eficácia. Os estudos de caso oferecem a oportunidade de desenvolvimento de competências interpessoais, sistémicas e instrumentais durante a aplicação das diversas etapas que constituem a sua elaboração (Simões, 2017). Nesta perspetiva, elaborei um estudo de caso no contexto do SU (Apêndice V).

A aplicação do processo de enfermagem é uma ferramenta facilitadora para a identificação dos problemas, permitindo-me estabelecer diagnósticos e as planear e implementar

intervenções de Enfermagem adequadas, fazendo avaliações constantes para verificação da sua eficácia (DGS, 2012). Para Souza et al (2013), o processo de enfermagem representa uma alternativa de reaproximação do enfermeiro com seu cliente, entendendo-se o mesmo com um instrumento metodológico de trabalho, que possibilita a análise crítica sobre as condições de saúde do cliente e efetiva a atuação dos profissionais de enfermagem.

Assim, o processo de enfermagem permite fornecer uma matriz que pode satisfazer as necessidades do indivíduo, família e comunidade, focalizar a atenção do enfermeiro nas respostas humanas individuais, proporcionar um método sistemático e organizado de resolução de problemas, minimizando erros e omissões, promover o envolvimento ativo do doente no seu processo de saúde, fornecer uma linguagem comum para o exercício da profissão, reforçar a continuidade de cuidados, proporcionar um meio de avaliação dos resultados a atingir, bem como da contribuição económica dos cuidados de enfermagem (Paiva, 1995).

Segundo Paiva (1995), é através da aplicação do processo de enfermagem que se obterá um padrão de qualidade de cuidados, resultando num sistema viável que é reconhecido como corpo de conhecimentos da profissão e que pode ser partilhado com outros profissionais de saúde.

Na UCIP os registos de enfermagem são elaborados utilizando o sistema informático B-Simple, mais especificamente B-ICU Care com o qual nunca antes tinha contactado. Este baseia-se na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com a qual trabalho, o que permitiu uma rápida adaptação ao sistema. O B-ICU Care foi concebido para integrar métodos e rotinas das unidades de cuidados intensivos, de forma a facilitar os registos de enfermagem e assim permitir que o enfermeiro tenha mais tempo para o doente. Trata-se de uma ferramenta fácil de integrar que assegura a operacionalização e transmissão de dados com outros sistemas já implementados nos hospitais (B-Simple, 2013). Este sistema funciona como um integrador de sistemas e reúne as informações provenientes da monitorização do doente.

Em contexto de emergência, o processo de Enfermagem é elaborado mentalmente devido à instabilidade dos doentes, o que requer respostas rápidas e eficazes. No SU o programa utilizado é o ALERT® e o SCLinic (apenas no setor OBS), sendo que não senti dificuldade no SCLinic pois faz parte da rotina no meu local de trabalho.

Com o sistema de registos ALERT® contatei pela primeira vez, e após a utilização e em conversa com a minha tutora, apercebi-me dos pontos fortes mas também das fragilidades e falhas deste sistema. Uma das grandes vantagens deste software é a interligação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao doente: médico, enfermeiro, assistentes operacionais, técnicos de meios complementares de diagnósticos, ficando em sistema todas as prescrições, seja de medicação ou de exames diagnósticos, que são validados quando executados, e onde depois são também integrados os resultados. Assim, consegue-se um trabalho em equipa mais eficiente, mais rápido e personalizado, sem ser necessário um contacto direto frequente entre os diferentes profissionais do SU. Também, o facto do médico e o enfermeiro poderem ver os registos um do outro, permite ter uma visão mais global do estado de saúde do doente, das prescrições associadas, do resultado das intervenções desenvolvidas e do plano estabelecido para ele. Em contrapartida, as limitações surgem quando verificamos que é um sistema que ainda não tem interligação com todos os serviços do hospital, sendo os de maior relevo, a farmácia, a cozinha e, principalmente, com os outros sistemas de registos utilizados nos internamentos, não permitindo a continuidade da informação, quando o doente é internado.

Em relação ao sistema informático da Triagem de Manchester englobado no ALERT®, tive de me debruçar e estudar os fluxogramas de forma a atribuir corretamente o grau de prioridade mais adequado à situação clínica exposta. Este setor constituiu um desafio ao longo do estágio, pois atribuí responsabilidade exclusiva ao enfermeiro. No decorrer do estágio apesar de não ter conseguido colmatar todas as dúvidas, pois não tive a oportunidade de lidar com todos os fluxogramas, senti que consegui triar corretamente todos os doentes, apesar da dificuldade que encontrei quando as queixas do doente eram muito inespecíficas. Sempre que necessário tinha o apoio da minha tutora e de enfermeiros mais experientes e com competências nesta área. Verifiquei que após a aplicação do fluxograma, muitos dos doentes, são triados com pulseira azul ou verde (não urgentes e pouco urgentes) e são encaminhados para a área de medicina geral e familiar. Ao analisarmos numa vertente de gestão de recursos humanos e materiais, verificamos um gasto excessivo e desnecessário de recursos. Esta alteração passa por ações de sensibilização da população para evitar recorrer ao SU a não ser em situações reais de urgência, quer através de informação por parte dos enfermeiro e médicos dos cuidados de saúde primários como por sensibilizações televisivas, como já acontece no caso da Saúde 24.

Assim, apliquei os conhecimentos adquiridos na minha formação pós-graduada e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, e efetuar registos de forma a adequar os meus cuidados numa vertente de especialista, vendo sempre o doente como um todo e adaptando uma metodologia eficaz.

Posso referir que realizei os registos sempre de forma clara e objetiva de forma a contribuir para uma continuidade dos cuidados e de forma a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem e aos ganhos em saúde com as intervenções de Enfermagem. Como verificamos no artigo 104º do CDE “o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade de cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (OE, 2015).

Relativamente às atividades efetuadas para conseguir atingir os objetivos, identifiquei e organizei a prestação dos meus cuidados, apliquei o processo de enfermagem com recurso às etapas aceites pela organização mundial de saúde (OMS), efetivei os meus registos da prática de cuidados, com recurso à taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), identifiquei os cuidados que necessitavam de continuidade após transferência e transmiti aos colegas de forma clara, precisa e científica esses cuidados.

Mostrei sempre disponibilidade para a aprendizagem de novos conhecimentos e sempre que apareciam diferentes atividades estava disponível para participar.

Tendo em conta o REPE (OE, 2017) torna-se fundamental orientar a gestão de cuidados de enfermagem, visto estes serem intervenções autónomas e interdependentes sempre com o objetivo de promover a saúde e a prevenção e tratamento da doença. Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade com outros profissionais de saúde. Este cariz também se encontra patente no CDE (2015) no artigo 112º em que o enfermeiro assume o dever de trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde.

Em relação a esta função de gestão esta encontra-se enquadrada na categoria de Enfermeiro Chefe nomeadamente no decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro no artigo 18, funções e direções de chefia que nos refere que é necessário existir competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, sendo necessário ter formação em gestão e administração de serviços de saúde.

O Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão, da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 76/2018) define o perfil de competências do Enfermeiro Gestor e os termos da sua certificação como competência acrescida avançada em gestão, no

âmbito do seu exercício profissional de enfermagem. Neste Regulamento, a figura do Enfermeiro Gestor é caracterizada como sendo: “O enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional (...) pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros (...) assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde” (OE, 2018, p. 3478).

Nos CI o enfermeiro chefe presta funções tanto na UCIP como nos Cuidados Intermédios Polivalentes (CIP), estes serviços situam-se em pisos diferentes da unidade hospitalar, o que faz com que fique mais ausente da unidade delegando as funções de chefia no enfermeiro responsável de turno. No desenvolvimento do estágio, tive a oportunidade de realizar pedidos de materiais para reposição dos stocks avançados, realizar pedidos farmacêuticos, verificar os níveis de stock de estupefacientes e gerir os hemoderivados. Assim, presenciei e tive oportunidade de participar na gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais, à exceção da elaboração dos horários, função desempenhada unicamente pela chefia. A gestão visa uma melhoria contínua da qualidade, num processo em que se pretende atingir a máxima eficiência, sem por em causa a qualidade dos cuidados prestados. Ao acompanhar a minha tutora, na função de responsável de turno, tive a oportunidade de ficar como elo de ligação entre o médico de serviço e a equipa de Enfermagem, decidindo a transferência dos doentes para outro serviço e os colegas que iriam receber o doente proveniente doutro serviço de modo a não sobrecarregar nenhum elemento, tendo em conta a dependência de cada doente promovendo uma gestão de qualidade.

No SU tive oportunidade de realizar um turno no gabinete de gestão para me inteirar da dinâmica deste serviço, visto a área da gestão também ser uma competência do EE como consta no regulamento das competências comuns do EE (OE, 2019), gere os cuidados otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

A Enfermeira especialista de apoio às funções de gestão, é responsável pela elaboração do horário. Em caso de desconvoação de um enfermeiro do plano de trabalho, esta é feita de acordo com critérios pré-definidos em reunião de serviço. A desconvoação é ponderada pelo coordenador de equipa tendo em consideração a afluência de doentes até ao momento, e realizada de turno para turno. Desta forma realiza-se uma gestão eficaz dos recursos

humanos, permitindo o pagamento de horas e o colmatar do absentismo, não sobrecarregando a restante equipa.

Além das duas enfermeiras destacadas para o gabinete de gestão, existe um coordenador por cada equipa, que tem a função de coordenar a equipa em termos de gestão dos recursos humanos, alocar os enfermeiros aos setores de acordo com as competências adquiridas e resolver problemas que possam surgir ao longo do turno. Este profissional tem, também, os ajustes necessários ao longo de um turno dos recursos humanos de acordo com a afluência às diferentes áreas; possui a chave dos diferentes armazéns e é responsável por qualquer saída de material para as áreas de utilização, em caso de necessidade poderá colaborar na prestação de cuidados. O enfermeiro coordenador tem um telemóvel de serviço para, desta forma, estar sempre contactável para esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas que decorram durante o turno.

Em cada setor, existe um enfermeiro responsável que faz a gestão de materiais, através do registo em folha de papel dos materiais que estão em falta. Essa folha é, posteriormente, fornecida ao coordenador de equipa e o coordenador do turno da manhã fornece aos diferentes sectores os materiais em falta. Assim, no SU trabalham com stocks de reposição por níveis, Existindo um armazém avançado de onde é retirado o material para os diferentes setores do serviço. De acordo com a Enfermeira Chefe, este é o melhor método, uma vez que permite um melhor controlo de gastos, na medida em que evita a acumulação de uma grande quantidade de material nos setores e, conseqüentemente, custos e riscos, nomeadamente a expiração da validade, e também reduz a quantidade de material disponível, o que conduz à conseqüente redução no seu consumo. O stock de material no armazém é verificado diariamente, de forma a não haver falhas. Todo o processo é automatizado o que permite maior proatividade na reposição, redução de desperdícios devido à simplificação das tarefas acabando com a utilização do papel; a redução de níveis de stock no armazém central e nos armazéns avançados; a diminuição de artigos em rutura de stock; a redução de custos com pessoal devido à reestruturação e ao facto de ter baixado o recurso aos enfermeiros afetos às tarefas de logística e o decréscimo de erros na introdução de dados devido à automatização de procedimentos, que contribuíram para o aumento da eficiência da performance dos serviços logísticos (Marques, 2015).

No decorrer destas atividades apliquei conhecimentos teórico-práticos na prestação de cuidados ao doente, considerei as alternativas possíveis de ação e avaliei as consequências de cada uma antes de decidir, e planeei e implementei a solução.

Ao longo deste estágio consegui, então, desenvolver as seguintes competências:

- Utilizar metodologia facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho na área da minha especialização;
- Gestão de recursos humanos e materiais;
- Gerir cuidados, e otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

5. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No que concerne ao domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, de acordo com o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, é um enfermeiro que “demonstra, em situação, a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de Enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” (OE, 2019, p. 4749).

Como objetivos para este domínio destaco:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e a família;

- Manter de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;

- Demonstrar capacidade de agir perante situações imprevistas e complexas.

No decorrer do meu estágio consegui aplicar os conhecimentos adquiridos na minha formação pós-graduada e demonstrei capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, nomeadamente na prestação de cuidados a doentes críticos.

A nível profissional presto cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, submetida a cirurgia cardíaca e torácica na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorrespiratória. O crescimento pessoal e profissional proporcionado por este percurso revelou-se na aquisição e desenvolvimento de competências que me permitem saber agir na prestação de assistência ao doente/família em estado crítico, zelando e promovendo a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, o desenvolvimento pessoal e profissional, a sustentação científica e a investigação em Enfermagem. Sendo uma unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardiorrespiratória, os doentes internados vivenciam processos complexos de doença, nomeadamente, cirurgia cardíaca e torácica, bradi-taquiarritmias, choque cardiogénico, choque hipovolémico, choque séptico e falência multiorgânica. A prestação

de cuidados de enfermagem a estes doentes requer o domínio de terapêuticas/tecnologias adjuvantes especializadas como a monitorização hemodinâmica invasiva, a interpretação de traçados eletrocardiográficos, a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, o balão intra-aórtico, a oxigenação por membrana extracorpórea, as técnicas de substituição renal, toda a farmacologia endovenosa de suporte, entre outros. Na prática quotidiana várias são as situações em que é 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 ressuscitação cardiopulmonar e atuar sob pressão. Assim, fui adquirindo e desenvolvendo a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, realizando a gestão dos cuidados e tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Segundo o regulamento das competências comuns do EE, este 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 demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências do enfermeiro especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2019).

Durante o estágio na UCIP tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem altamente diferenciados, tendo tido a oportunidade de lidar com situações novas e mesmo assim tendo respondido atempadamente, tendo sempre por base os conhecimentos científicos e a pesquisa bibliográfica.

Relativamente aos doentes com patologias do sistema gastrointestinal e cardiorrespiratório, não eram novidade para mim uma vez que trabalho na UCICT após ter prestado cuidados no serviço de cirurgia geral. Esta circunstância levou a que me aprofundasse mais sobre o doente neurocrítico. A Neurocritical Care Society (2015) define o doente neurocrítico como a pessoa que está sujeita a diferentes disfunções neurológicas e neurocirúrgicas, tal como hemorragias, enfartes isquémicos, tumores cerebrais, lesões traumáticas, estados mal epilético, e doenças neuromusculares. Estabelece ainda que este doente apresenta particularidades únicas no seu cuidado pelo que deve ser dada especial pertinência à interface cérebro e outros órgãos.

Os doentes neurocríticos requerem pela frequente avaliação neurológica e neuromonitorização constante. A neuromonitorização na UCIP é multimodal, de uma forma invasiva ou não invasiva, com Doppler transcraniano, Índice Bi-Espectral contínuo, oximetria transcraniana, temperatura central e cerebral, pressão intracraniana e pressão de perfusão cerebral. A complexidade do paciente neurocrítico e as diversas formas de monitorização neurológica, permitiu-me desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos na minha formação pós-graduada e gerir protocolos terapêuticos complexos existentes na UCIP. Porém, senti também a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica para obter novos conhecimentos necessários para uma boa prestação de cuidados como EE. Segundo Suadoni (2009) a prestação de cuidados de enfermagem ao doente com alteração da dinâmica de autorregulação cerebral através de intervenções autónomas permite, muitas vezes, melhorar o *outcome* final.

De uma forma geral, na UCIP deparei-me com a necessidade de realizar monitorização invasiva e não invasiva, assistência à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ainda a realização de monitorização eletrocardiográfica, administração de terapêutica de substituição da função renal, assim como os cuidados à pessoa com vários tipos de drenagens, sendo que não representou uma novidade para mim porque, como referi anteriormente, trabalho numa UCI.

Algo que me suscitou dúvida foi quanto à manutenção do cateter arterial e da via do cateter venoso central para avaliação da pressão venosa central. Esta manutenção é feita através do sistema de *flush* do qual faz parte o soro fisiológico que pode ser ou não heparinizado. Na UCIP, segundo protocolo, utilizei o soro fisiológico simples porém, no meu contexto laboral uso soro fisiológico heparinizado. Após a análise de alguns estudos verifiquei que existe um certo consenso em relação à utilização da solução salina *versus* heparina. Cortilho *et al* (2008) referem que o uso de solução heparinizada para a manutenção do cateter arterial não se justifica, pois não aumenta a duração nem a funcionalidade dos cateteres. Tendo em conta Whitta *et al* (2006) não existem diferenças entre um fluxo contínuo de solução heparinizada e solução salina normal. Já Robertson-Malt *et al* (2014) referem que não existe evidência científica que mostre vantagens no uso da heparina, no entanto refere que a evidência disponível é de fraca qualidade devido ao risco de *viés*, tendo observado algumas desvantagens na utilização de heparina, nomeadamente maiores riscos em termos de hemorragia e hipersensibilidade e o facto de ao usar a heparina tornar-se mais dispendioso. Esta pesquisa permitiu-me refletir sobre a minha prática diária, o que me levou a propor no

serviço onde trabalho uma alteração ao protocolo de montagem do sistema de *flush*, substituindo a solução heparinizada pelo soro fisiológico simples.

No que concerne à ventilação mecânica, tive a oportunidade de em todos os turnos que realizei ter pelo menos um doente com suporte ventilatório mecânico, ficando eu responsável pelos seus cuidados. Assim aprofundei competências a nível da interpretação da resposta ventilatória uma vez que a escolha da modalidade e o desmame ventilatório são um ato médico a que apenas assisti.

Na UCIP os doentes encontram-se frequentemente com perfusões de terapêutica. Como a minha prática diária não contempla algum tipo de terapêutica utilizada, como os anticonvulsivantes e reguladores da pressão intracraniana, foi necessário um estudo bibliográfico neste sentido.

Uma das competências em que me debrucei foi a comunicação eficaz. Apesar de por vezes ser complicado, procurei sempre comunicar com o doente e família de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, e estabelecendo uma relação empática e de ajuda. Segundo Silva (2010), designa-se de comunicação terapêutica quando enfermeiro usar a competência adquirida sobre comunicação, para ajudar a pessoa com tensão temporária, a conviver com outras pessoas, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios à auto-realização para enfrentar os problemas.

Em CI existem diversas condições específicas que requerem uma maior sensibilidade e persistência, com recurso a estratégias eficazes na comunicação com o doente. A presença de um tubo orotraqueal para suporte ventilatório mecânico, bem como a aplicação de terapêutica sedativa e indutora de coma, implicam que o enfermeiro procure alternativas de comunicação, como o toque terapêutico, a presença, ou quando a situação o permite, utilizar outras técnicas como o pestanejar os olhos para sim e para não, ou quando possível um papel e caneta. Com o decorrer do estágio consegui aplicar e desenvolver técnicas de comunicação, bem como demonstrar competências relacionais no que concerne ao apoio ao doente e à família.

No SU os doentes apresentam uma variedade de queixas e, por conseguinte, uma diversidade de patologias. Sendo a triagem a porta de entrada do SU, torna-se fulcral que o enfermeiro que lá se encontra tenha competências para avaliar as queixas do doente e aplicar o fluxograma que melhor se adequa. No decorrer do módulo confirmei que triar os doentes é uma tarefa complicada. Muitas vezes os doentes apresentam queixas inespecíficas, sendo

muito complicado aplicar os fluxogramas existentes. A triagem no SU tem como objetivo priorizar os doentes consoante a sua gravidade clínica e assegurar que estes sejam observados por ordem dessa necessidade e não por ordem de chegada. O protocolo de Triagem de Manchester foi implementado em 1994 de forma a estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros. Baseia-se na identificação de critérios de gravidade e não no diagnóstico, de forma a facilitar a gestão tanto de doentes como do serviço. Para esta gestão acontecer é atribuído a cada doente uma determinada prioridade conforme o grau de gravidade. Temos assim uma escala de gravidade crescente por cores, branco, azul, verde, amarelo, laranja e vermelho (Grupo Português de Triagem, 2010). No caso de triar um doente que o fluxograma identifique como emergente (cor vermelho) este é encaminhado para a sala de emergência, sendo ativada de imediato a equipa de emergência através de um sinal sonoro (que é identificado por todos os profissionais que se encontram destacados para esta sala).

Foram vários os casos emergentes em que tive a oportunidade de estar presente, destaco três que me parecem ser elucidativos da atividade da sala de emergência.

Num dos casos foi ativada a Via Verde Coronária (VVC), o doente foi imediatamente levado para a sala de emergência onde foi monitorizado e verificou-se logo no traçado eletrocardiográfico um supra desnivelamento do segmento ST. Procedi a todas as intervenções de enfermagem protocoladas para esta via verde. Após contacto com cardiologia, e como os sintomas tinham começado há três horas atrás, foi logo transferido para a sala de hemodinâmica para realização de cateterismo cardíaco. Este processo foi muito rápido e permitiu que o doente fosse submetido a angioplastia primária com stent e que recuperasse do seu Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

Tendo em conta as atuais guidelines da European Society of Cardiology (2017) para o tratamento do EAM, estas recomendam que o intervalo entre a chegada do doente ao SU e o momento da angioplastia seja inferior a 90 minutos. Verifica-se que quando é ativada a VVC existe uma taxa de sucesso de cerca de 98% dos doentes em que é detetada o EAM, e realizam angioplastia primária nas primeiras 6 horas após início dos sintomas.

No segundo caso, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) procedeu à ativação da Via Verde AVC. À chegada o doente foi imediatamente levado para a sala de emergência onde foi seguida a norma emanada pela DGS em 2017, desde a monitorização, vigilância de estado de consciência e défices motores entre outros, realização de colheitas, transporte e

realização de exames e por último transporte para o serviço de radiologia de intervenção por apresentar indicação para procedimento endovascular.

Segundo Ferreira (2013) as doenças cardiovasculares, como o EAM e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), constituem a principal causa de morte em Portugal. Visto ser uma doença com elevada mortalidade, tornou-se fundamental uma abordagem rápida. Por esse motivo foram criadas em 2007 a Via Verde Coronária e a Via Verde AVC. Encontram-se também em vigor a Via Verde Trauma e Via Verde Sepsis.

O terceiro doente deu entrada diretamente vindo do serviço de hemodiálise. Tendo perdido a consciência mesmo antes do método de substituição renal, foi ativada a equipa de emergência intra-hospitalar. À chegada encontrava-se em paragem respiratória pelo que se procedeu à IET, fístula arteriovenosa no membro superior direito sem frémito, um cateter venoso periférico (CVP) funcionante nº22 com difíceis acessos venosos, por apresentar ritmo de PCR foi executado todo o algoritmo de FV, inclusive administração de amiodarona. Após tentativas de colocação de mais um CVP bem sucedida, iniciou perfusão de soro glicosado hipertónico aditivado com insulina, para reversão da hipercalémia. Foi realizado o transporte para o serviço de hemodinâmica após estabilidade elétrica e hemodinâmica. Segundo o ERC (2015), as causas potencialmente reversíveis que devem ser identificadas e excluídas em todas as situações de PCR são: Hipo/Hipercalémia e outras alterações eletrolíticas; Hipo/Hipertermia; Hipovolémia; Pneumotorax Hipertensivo; Tamponamento cardíaco; Trombose (coronária ou pulmonar); Tóxicos.

No contexto do estágio em SU, um dos momentos mais marcante para mim, foi a vivência de perante pessoa em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) na sala de emergência e que, apesar dos esforços não foi possível a sua reversão, resultando na morte do doente. Neste contexto pude presenciar e colaborar na transmissão da má notícia. Os familiares foram chamados à sala de reanimação e com um tom calmo, com linguagem clara e adequada conforme defende Phaneuf (2005), explicaram que a situação referindo que esta era muito complicada e que fizeram tudo o que era possível para tentar reverter a mesma, mas que o familiar não resistiu. De acordo com o mesmo autor, é importante a comunicação clara exata do que aconteceu na realidade. Perguntaram se o familiar queria ver o doente e após a resposta positiva abriram a cortina, que até então se encontrava fechada, e possibilitaram aos familiares estarem por momentos com o familiar morto.

Após refletir sobre esta situação surgiram algumas questões. De acordo com Porta (2016) a comunicação de más notícias deve ser realizada num ambiente calmo e propício, sem interrupções de terceiros. No SU não há uma sala para proporcionar um ambiente privado para a transmissão de más notícias. Esta foi transmitida na sala de emergência e, se por algum motivo tivéssemos naquele momento outra emergência, teríamos de “expulsar” aqueles familiares que já se encontravam a passar por uma situação delicada. Por último, e devido à escassez de recursos humanos, os profissionais estiveram pouco tempo a apoiar os familiares naquele momento difícil.

A presença da família durante a reanimação do doente em situação crítica constitui ainda um tema controverso entre os enfermeiros que asseguram a sala de emergência, pelo que me foi possível indagar. Segundo Malta et al (2015), várias questões éticas têm sido levantadas relativamente à presença de familiares durante a reanimação. De igual modo, é também uma crescente preocupação, por parte das instituições, modificar as práticas dos profissionais e permitir o acompanhamento da família neste momento delicado. Nomeadamente, em alguns hospitais, foram criados protocolos que orientam esta prática, assegurando que a experiência tranquiliza a família, no sentido em que permite constatar o esforço feito pela equipa durante a reanimação; permite a oportunidade para um último adeus; ajuda a entender a realidade da morte, evitando o luto patológico, ou situações de stresse pós-traumático (Ferreira et al, 2014).

Com o aprofundamento dos conhecimentos neste domínio desenvolvi a competência de:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica;
- Basear praxis clínica em sólidos e válidos padrões de qualidade;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialização;
- Manter de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

6. CONCLUSÃO

Os avanços tecnológicos e científicos traduzem uma enfermagem em constante desenvolvimento e crescimento, mas isto exige por parte dos seus profissionais, os enfermeiros, a consciencialização da necessidade de aquisição, aprofundamento e atualização de saberes teóricos e práticos. Apenas com este desenvolvimento de conhecimentos e competências se pode caminhar para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança, fundamentais para a excelência do cuidar.

A Enfermagem defende uma perspetiva holística do cuidar desde a conceção até à morte. O doente, ao longo do seu ciclo vital, necessita de um cuidar adequado à sua circunstância, o que implica competências específicas a cada fase da sua etapa de vida. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista tem um papel predominante, uma vez que é cada vez mais um profissional reflexivo, capaz de mobilizar um corpo de conhecimentos científicos, técnicos, tecnológicos e relacionais, baseados na evidência científica. Tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra uma enorme capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, e tem competências que permitem complementar e coordenar programas de qualidade com a finalidade de gerar ganhos em saúde.

A elaboração deste relatório para além de ser uma forma de avaliação, pretende ilustrar o desenvolvimento de competências científicas, metodológicas, profissionais, sociais, relacionais e éticas, mas também competências no âmbito da autonomia, iniciativa, criatividade, inovação, reflexão crítica e tomada de decisão tendo em conta os domínios de atuação do EE.

Esta experiência contribuiu para a aquisição de novas competências, permitindo melhorar a minha prestação de forma a atuar como EE. Ao longo do estágio procurei desenvolver uma prática norteada pelos princípios éticos e deontológicos, no respeito pela dignidade, singularidade e vontade da pessoa. Em relação à prestação de cuidados especializados,

procurei atingir os objetivos através da colaboração com os profissionais em práticas de planeamento e prestação de cuidados diferenciados. Para basear a minha ação em decisões devidamente fundamentadas, revi conhecimentos nestas áreas e refleti na prática diária, discutindo as implicações dos cuidados com os profissionais de enfermagem. Assim considero que revelei responsabilidade e capacidade de reação perante situações novas e complexas, executando as intervenções de enfermagem tendo em conta uma perspetiva de especialista, gerindo os sinais e sintomas e comunicando atempadamente possíveis complicações.

O estágio foi um grande contributo neste percurso que estou a realizar, possibilitou-me experiências que contribuirão para a aquisição de novas competências, permitindo melhorar a minha prestação e atuar como enfermeira especialista.

Um contributo para a UCIP está relacionado com a sessão de formação sobre electrocardiografia e que veio colmatar um défice em termos de formação nesta área, tendo como principais objetivos relembrar e aprofundar conhecimentos. Esta necessidade de formação foi crescida pelo facto de ter havido um reforço da equipa de enfermagem, havendo a necessidade de integrar os novos elementos.

Para a cultura de qualidade dos serviços de enfermagem é imprescindível o papel do EE na implementação de estratégias assegurar o nível de cuidados de saúde desejados. Uma ferramenta que o EE pode utilizar para a melhoria da qualidade é a padronização das intervenções de enfermagem, por meio dos procedimentos, levando em consideração a realidade do serviço e estimulando melhorias nos cuidados (Moura et al, 2017).

Segundo o Manual de Standards para as unidades de urgência e emergência, devem ser estabelecidas medidas que permitam uniformizar critérios em função da melhor evidência científica e clínica, para isso, são consensualizados protocolos e procedimentos que permitam unificar os critérios dos profissionais (DGS, 2016).

Assim, no contexto de SU, elaborei o procedimento “Intubação Endotraqueal”, bem como, as instruções de trabalho “Ventilador de Transporte Oxylog®3000” e “Desfibrilador/Monitor Heartstart XL” permitindo uniformizar os cuidados de enfermagem, o que vai de encontro ao referido pelos autores supracitados.

A aplicação do processo de enfermagem é uma ferramenta facilitadora para a identificação dos problemas, permitindo-me estabelecer diagnósticos e as planear e implementar

intervenções de Enfermagem adequadas, fazendo avaliações constantes para verificação da sua eficácia (DGS, 2012). Os estudos de caso oferecem a oportunidade de desenvolvimento de competências interpessoais, sistémicas e instrumentais durante a aplicação das diversas etapas que constituem a sua elaboração (Simões, 2017). Nesta perspetiva, elaborei um estudo de caso no SU, pois neste contexto a equipa de enfermagem tem de dar resposta em tempo útil às situações agudas, pelo que o processo de enfermagem surge como um desafio.

Devo salientar que a reflexão teve uma enorme importância na minha prática, permitindo-me exercer um olhar crítico no mundo e nas práticas e procurar encontrar estratégias de resolução de problemas, o que com certeza será uma ferramenta preciosíssima no meu futuro profissional.

Fazendo o balanço do estágio posso referir que os objetivos a que me propus foram alcançados, consegui expor as atividades realizadas efetuando uma reflexão crítica das mesmas e consegui adquirir várias competências referentes a Enfermeiro Especialista de Médico-Cirúrgica. Devo referir que esta etapa exigiu um esforço adicional para conciliar a atividade profissional, a vida pessoal e a atividade académica. A maior dificuldade que encontrei ao longo deste estágio foi o cansaço desencadeado pelo somatório da carga horária decorrente do exercício profissional e do estágio.

Como principais aprendizagens posso mencionar que a prática reflexiva que desenvolvi durante o estágio permitiu-me detetar oportunidades de melhoria nos serviços contribuindo para a excelência dos cuidados.

Levo uma panóplia de informação e experiência referente à gestão de recursos humanos e materiais assim como, dos cuidados de enfermagem, que será muito útil no serviço onde exerço funções. É de salientar a importância do papel do enfermeiro especialista na supervisão, na coordenação e gestão de cuidados. Consegui adquirir competências comunicacionais quer com o doente como com a família.

Em forma de conclusão, este percurso foi uma mais valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Adquiri conhecimentos e competências que me permitirão realizar intervenções de Enfermagem mais criteriosas e especializadas no desempenho da minha atividade profissional.

Num futuro próximo pretendo continuar a dar visibilidade à Enfermagem como profissão e disciplina através da disseminação do conhecimento por meio da investigação, com a

elaboração de artigos, participação em estudos e projetos no serviço onde me encontro a exercer funções.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Administração Central do Sistema de Saúde.** (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos [Online 28 de Junho de 2019] <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>
2. **Araújo, A.** (2016). DPOC: estamos a tratar os doentes conforme o estado da arte?. Artigo - Rev Port Med Geral Fam.
3. **Baião, J.** (2017). Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em Unidade de Cuidados Intensivos. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde – IP Leiria.
4. **Belela A., Peterlini M., Pedreira M.** (2011). Erros de Medicação: Definições e estratégias de prevenção. São Paulo: COREN-SP; Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/111826259/Erros-de-Medicacao-Definicoes-e-Estrategias-de-Prevencao>
5. **Benner, P.** (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora.
6. **Berssaneti FT, Saut AM, Barakat MF, Calarge FA.** (2016). Existe uma relação entre os programas de acreditação e os modelos de excelência organizacional?. Rev esc enferm USP. 50(4):650-57. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0650.pdf
7. **Blakeman J., Sarsfield K., Booker K.** (2015). Nurses’ Practices and Lead Selection in Monitoring for Myocardial Ischemia: An Evidence-Based Quality Improvement Project. Dimens Crit Care Nurs.

8. **Campos, S.** (2014). Necessidades da Família em Cuidados Intensivos: Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. Dissertação de Mestrado. ICBAS – Universidade do Porto.
9. **Carpenito, L.** (1997). Uma Abordagem dos Diagnósticos de Enfermagem. Sinais Vitais.
10. **Castro, D.** (1999). Estresse e Estressores dos Familiares de Pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico em Terapia Intensiva. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem Ana Nery, UFRJ, Rio de Janeiro.
11. **Delgado, R.** (2008). Manual Prático de Ecocardiografia Clínica. Madrid: Mayo, SA.
12. **Deodato, S.** (2012). Direito da Saúde. Coimbra : Edições Almedina.
13. **Direção Geral da Saúde (DGS).** (2003)Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento. [Online 7 de Novembro de 2018]. <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>.
14. **Direção Geral da Saúde.** (2015). Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde . Lisboa : s.n.
15. **Direção Geral de Saúde.** (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. [Online 7 de Novembro de 2018]. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>.
16. **Direção Geral de Saúde.** (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. [Online 7 de Novembro de 2018]. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>.
17. **Direção Geral de Saúde.** (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. [Online 7 de Novembro de 2018]. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>.

18. **Direção Geral de Saúde.** (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação . [Online 7 de Novembro de 2018]. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.
19. **Direcção Geral da Saúde.** (2010). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC, Lisboa.
20. **Direcção Geral da Saúde.** (2011). Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica. Lisboa.
21. **Direção Geral de Saúde.** (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde . Lisboa : Ministério da Saúde,.
22. **Direção Geral de Saúde.** (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.
23. **Direção Geral de Saúde.** (2015). Processo de Gestão de Medicação. [Online em Maio de 2018]. <http://www.aenfermagemasleis.pt/2015/12/17/orientacao-dgs-processo-de-gestao-da-medicacao/>.
24. **Direção Geral de Saúde.** (2016). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde. [Online em Maio de 2019]. <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>.
25. **Direção Geral de Saúde.** (2015). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. [Online em Maio de 2019]. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
26. **Conselho da Europa.** (2001). Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Oviedo: Assembleia da República.
27. **Ferreira, C.A., Balbino, F.S., Balieiro, M.M. & Mandetta, M.A.** (2014). Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *Revista Paul Pediatr*, 32(1), 107-113.

28. **Ferreira M., Jacobina F., Alves F.** (2014). O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 3(1) [online em Maio de 2019]. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i1.208>
29. **Figueiredo, M.** (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Repositório Aberto da Universidade do Porto. ICBAS – Universidade do Porto.
30. **Francis D.** (2002). *Handbook of Cardiac Electrophysiology*. Remedica Publishing, London.
31. **Galdeano L., Rossi L., and Zago M.** (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho 2003; 11(3):371-5
32. **Hampton, J.** (2014). *ECG Essencial*. Brasil: Elsevier Editora, Ltda.
33. **Instituto Nacional de Emergência Médica.** (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida - Departamento de Formação em Emergência Médica*. (2ªed). Lisboa: Portugal,
34. **International Council of Nurses.** (2013). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. [Online em Janeiro de 2019]. www.ordemenfermeiros.pt.
35. **International Organization for Standardization (ISO).** (2015). *Quality management principles*.
36. **Júnior, W.** (2007). *Manual de Ecografia*. Brasil: Manole Ltda.
37. **Lima, M., Monteiro, L., Nogueira, L. & Martins-Melo, F.** (2015). *Cuidado de Enfermagem à Família de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa*. [Online a 28 de Outubro de 2018]. http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15037/1/2015_art_mslima.pdf
38. **Lipman, B.** (2001). *ECG Avaliação e Interpretação*. Philadelphia: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda..

39. **Lopes J., Ferreira F.** (2013). Eletrocardiograma para enfermeiros. São Paulo: Atheneu.
40. **Ministério da Justiça** - Código Penal Português. Decreto-Lei n.º 400/82. Diário da República n.º 221/1982, 1º Suplemento, Série I de 1982-09-23.
41. **Ministério da Saúde.** Plano Nacional da Saúde (2015-2020). [Online em Maio de 2019] <http://www.acs.min-saude.pt/pns2015-2020/>.
42. **Neurocritical Care Society.** (2015). Critical Care Nursing. about critical care nursing. [Online em 26 de Setembro de 2018]. <http://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pc>
43. **Ordem dos Enfermeiros, Conselho Directivo.** Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. Lisboa: Diário da República, 2019 n.º 26 - Série II.
44. **Ordem dos Enfermeiros** (2018). Assembleia do Colégio da Especialidades de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010.
45. **Ordem dos Enfermeiros** Assembleia do Colégio da Especialidades de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de especialidade em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.
46. **Ordem dos Enfermeiros** (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias: parecer do Conselho Jurisdicional. [Online em Janeiro de 2019]. http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_202001.pdf.
47. **Ordem dos Enfermeiros** - Código Deontológico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2015.

48. **Ordem dos Enfermeiros.** Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho. Lisboa: Diário da República, 2018. n.º 135-Série II
49. **Ordem dos Enfermeiros.** Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão – Ordem dos Enfermeiros, Diário da República nº 21 - 2ª Série de 30 de janeiro Regulamento nº 76/2018. Acedido em fevereiro de 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>.
50. **Ordem dos Enfermeiros.** Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica. 2011. [Consultado em Outubro 2018] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
51. **Ordem dos Enfermeiros.** Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Regulamento n.º 533/2014. Diário da República, 2.ª série — N.º 233. 2014 [Acedido em Maio de 2019] Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro Norma de DotacoesSeguras dos Cuidados de Enfermagem AG 30 05 2014 aprovado por maioria proteg.pdf>
52. **Pedrosa, E., Oliveira, R.** Blackbook de Clínica Médica 1ª ed, 2007
53. **Pereira, Maria.** Má Notícia em Saúde: Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos [Online em 17 de outubro de 2018] 2004. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>
54. **Phaneuf, Margot.** *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência, 2005.
55. **Porta, Paulo.** Transmissão de más notícias. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa – Lisboa. 2016

56. **Portugal, Ministério da Saúde.** Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho 1400-A/2015 [Online 4 de Julho de 2019], N 28, Série II, 10 de fevereiro de 2015. <https://dre.pt/application/file/66457154>
57. **Portugal, Ministério da saúde.** Regime Jurídico Da Gestão Hospitalar. Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto. Lisboa : Diário da República, 2003. Vols. I Série A - N. 191.
58. **Portugal, Ministério da saúde.** Regime Legal Da Carreira De Enfermagem Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro. s.l. : Diário da República, 1991. Vols. I série-A - Nº 257.
59. **Portugal, Ministério da saúde.** Regime Da Carreira Especial De Enfermagem Decreto-Lei n.º248/2009 de 22 de Setembro. Lisboa : Diário da República, 2009. Vols. 1ª série - N.º184.
60. **Queirós, P.** (2017). Enfermagem de Prática Avançada - Ir ao cerne da questão. Revista Investigação em Enfermagem. 2ª Série, 3.
61. **Rodrigues, D., Pires E., Gomes V.** (2015). Intubação Endotraqueal – Um Dilema na Assistência Pré-hospitalar. Pensar Enfermagem. Vol.19, 63-70.
62. **Rodrigues, J.** (2010). Electrocardiografia Clínica Princípios Fundamentais. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, lda..
63. **Shaw C.** (2000). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. Int J Qual Heal Care.;12(3):169-75.
64. **Silva, G.** (2010). Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. Revista Eletrônica de Enfermagem. 12(1):120-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a15.htm>.
65. **Soares, N.** (2011). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. Acta Paul Enferm;24(5):683-81. 014/.

66. **Souza M.** (2013). Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital pediátrico de ensino: uma pesquisa-ação. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Brasil.
67. **Suadoni, M.** (2009). Raised intracranial pressure: nursing observations and interventions. [Online 7 de Novembro de 2018]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19634605>
68. **Thompson, I., Melia, K., Boyd, K.** (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures : Lusociência, 9728383673.
69. **Werner K., Kander K., Axelsson C.** (2016). Electrocardiogram interpretation skills among ambulance nurses. Eur J Cardiovasc Nurs.
70. **Yanowitz, F.** (2017). Introduction to ecg interpretation. [Consultado em Setembro de 2018] Disponível em: <https://ecg.utah.edu/pdf/>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Sessão de Formação
“Electrocardiografia”

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Electrocardiografia

Local da Formação: Sala de formação da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Formadores: Ana Mafalda Marcos e D.C.

Destinatários: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Data: 2 de Novembro de 2018
min

Tempo previsto: 60

Objetivos:

- Relembrar conhecimentos de anatomia e fisiologia cardíaca
- Aprofundar conhecimentos na área da electrocardiografia
- Interpretar frequência e ritmos cardíacos
- Identificar arritmias cardíacas
- Reforçar a importância de uma correta e atempada interpretação do ECG pelos enfermeiros

Avaliação da sessão:

- Avaliação através de questões formuladas ao grupo de forma aleatória e informal, no final da sessão.
- Aplicação de uma ficha de avaliação da sessão de formação.

	Conteúdo	Metodologia	Tempo
Introdução	Apresentação dos formadores, do tema e dos formandos	Método Expositivo	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de condução e eletrofisiologia cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anatomia e fisiologia cardíaca ○ Sistema elétrico – redes condutoras cardíacas ○ ECG como registo gráfico ○ Condução elétrica vs Ondas de ECG ○ Configuração eletrocardiográfica • Arritmias cardíacas <ul style="list-style-type: none"> ○ Ritmo <u>sinusal</u>: bradicardia e taquicardia <u>sinusal</u> ○ Arritmias auriculares ○ Arritmias ventriculares ○ Anomalias na condução AV: Bloqueios 1°, 2° e 3° grau ○ Pacemaker artificial 	Método Expositivo: Apresentação oral com auxílio de métodos audiovisuais (powerpoint)	45 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias principais; • Abertura à participação; • Avaliação informal da sessão de formação. • Agradecimentos pela presença e disponibilidade demonstrada para a temática. 	Método ativo: Interação com os formandos	10 min

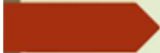
Eletrocardiografia

Ana Mafalda Marcos
D.C.

2 de Novembro de 2018

1. Sistema de condução e eletrofisiologia cardíaca

- 1.1 Anatomia e fisiologia cardíaca**
- 1.2 Sistema elétrico – redes condutoras cardíacas**
- 1.3 ECG como registo gráfico**
- 1.4 Condução elétrica vs Ondas de ECG**



2. Arritmias cardíacas

2.1 Ritmo sinusal: bradicardia e taquicardia sinusal


2.2 Arritmias auriculares

2.2.1 Extrassístoles Supraventriculares

2.2.2 Fibrilhação auricular (FA)

2.2.3 Flutter auriculares

2.2.4 Taquicardia supraventricular



2.3 Arritmias ventriculares

2.3.1 Extrassístoles

2.3.2 Taquicardia ventricular (TV)

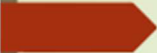
2.3.2.1 Monomórfica e Polimórfica

2.3.2.2 Torsade de Pointes

2.3.3 Fibrilhação ventricular (FV)

2.3.4 Actividade elétrica sem pulso (AESP)

2.3.5 Assistolia



2.4 Anomalias na condução AV: Bloqueios 1º, 2º e 3º grau

2.5 Pacemaker artificial

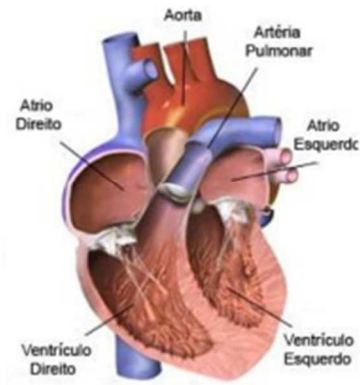
2.5.1 Ritmo de Pacemaker



1. Sistema de condução e eletrofisiologia cardíaca

1.1 Anatomia e Fisiologia cardíaca

- Órgão muscular
- Quatro câmaras
- Localiza-se por trás do esterno e à frente da coluna vertebral
- Acima do diafragma
- A PARTE SUPERIOR DO CORAÇÃO AO NÍVEL DO 2º ESPAÇO INTERCOSTAL
- ÁPEX (PONTA DO VENTRÍCULO ESQUERDO) AO NÍVEL DO 5º ESPAÇO INTERCOSTAL



Fonte: <https://www.todamateria.com.br/coracao/>

1.1 Anatomia e Fisiologia cardíaca

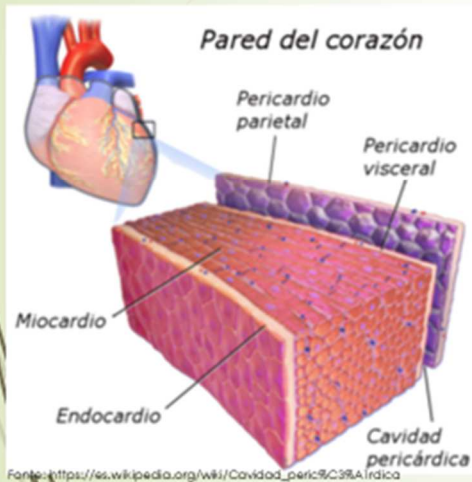
- O coração é composto por milhares de células.
- Células longas e estreitas que formam uma ramificação que permite a rápida condução do impulso elétrico.
- Existem dois tipos básicos de células cardíacas:
 - CÉLULAS DO MIOCÁRDIO
 - CÉLULAS DE PACEMAKER ("MARCAPASSO")

➤ tecido muscular estriado cardíaco



<https://www.youtube.com/watch?v=K2WaHXmrfUw>

1.1 Anatomia e Fisiologia cardíaca



■ CÉLULAS DO MIOCÁRDIO

- Constituem a camada muscular das paredes das aurículas e dos ventrículos

A porção mais interna - **endocárdio**

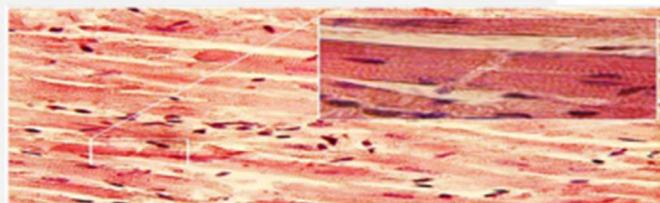
A porção mais externa - **pericárdio**

Quando estimuladas eletricamente provocam a contração do miocárdio.

1.1 Anatomia e Fisiologia cardíaca

■ CÉLULAS DE PACEMAKER (Marcapasso)

- Células musculares em pequena quantidade
- Células **auto-excitáveis** responsáveis pela espontaneidade de gerar o impulso elétrico e transmiti-lo às células contráteis



Músculo cardíaco observado em microscópio óptico

https://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%BAsculo_card%C3%ADaco

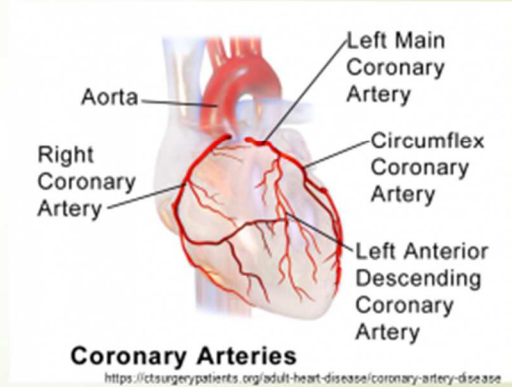
1.1 Anatomia e Fisiologia cardíaca

Artérias coronárias saem da aorta (Seios de Valsalva)

Duas artérias coronárias principais:
Artéria coronária direita;

Artéria coronária esquerda:
- Artéria anterior esquerda descendente
- Artéria coronária circunflexa

Tem como função proporcionar o fornecimento adequado de sangue ao miocárdio.

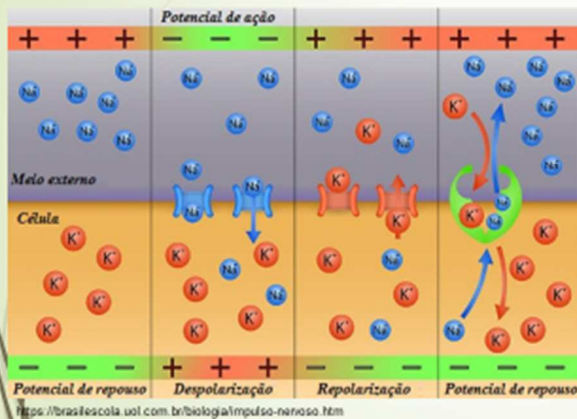


1.1 Anatomia e Fisiologia cardíaca

Quatro características primárias do músculo cardíaco:

- **Automaticidade:** a capacidade das células de "marcapasso" gerarem os seus próprios impulsos elétricos
- **Excitabilidade:** capacidade das células cardíacas responderem a um impulso elétrico
- **Condutividade:** capacidade das células cardíacas conduzirem o impulso elétrico
- **Contractilidade:** capacidade das células cardíacas de contração muscular

1.1 Anatomia e Fisiologia cardíaca



No **estado de repouso**, o interior da célula é negativo relativamente ao exterior;

Com o processo de **despolarização**, tem início um impulso cardíaco. A **despolarização** inicia uma inversão rápida do potencial da membrana em repouso:

- 1- A permeabilidade da membrana celular ao sódio aumenta;
- 2 – Ocorre um influxo rápido de sódio;
- 3- O potássio sai da célula.

Repolarização é o processo pela qual a célula volta ao estado de repouso. A permeabilidade da membrana celular ao sódio diminui, o sódio abandona a célula e o potássio regressa por um sistema activo de transporte de iões.

1.2 Sistema elétrico – redes condutoras cardíacas

1.2 Sistema elétrico – redes condutoras cardíacas

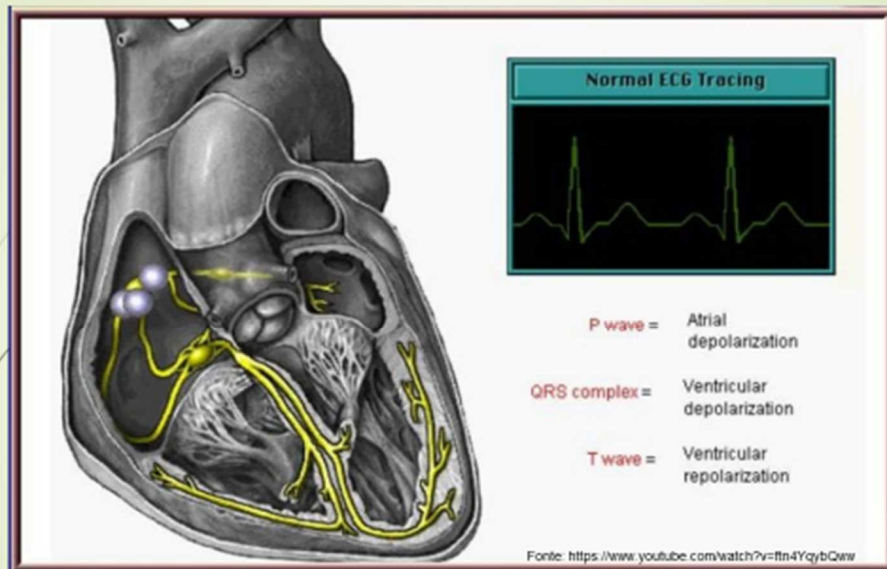
Início da geração espontânea de estímulo elétrico que leva à condução do impulso para as restantes células cardíacas, originando a sua contração

Células especializadas localizadas na junção da veia cava superior e da aurícula direita – **Nó Sinusal (SA) – PACEMAKER PARA TODO O MIOCÁRDIO**

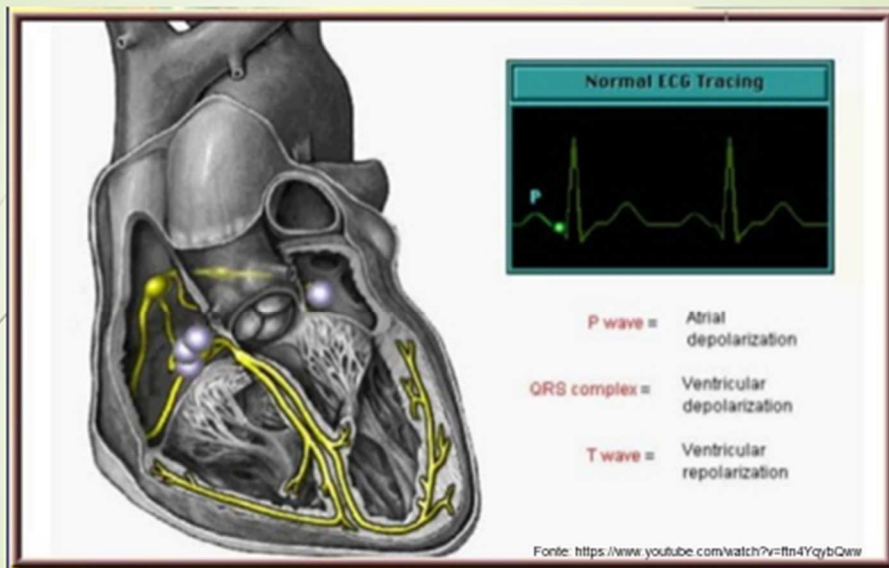
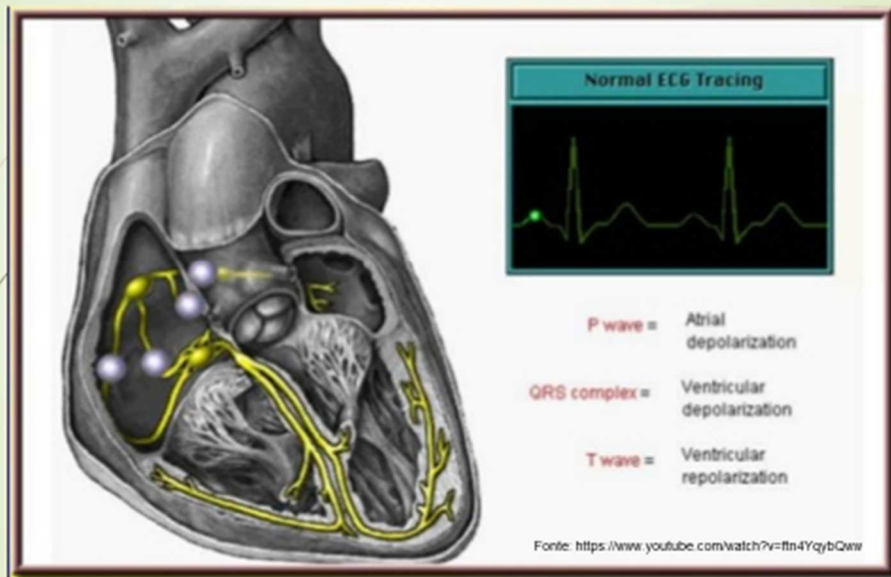
O sinal elétrico é conduzido das células miocárdias da aurícula até ao **NÓ AURICULO-VENTRICULAR (AV)**

AV coordena os impulsos elétricos e retransmite-os para o miocárdio ventricular através do **FEIXE DE HIS**

FEIXE DE HIS percorre todo o septo que separa os ventrículos direito e esquerdo, dividindo-se em ramo direito e esquerdo – **FIBRAS DE PURKINJE** – cujos feixes se envaginam nos músculos ventriculares.



Células especializadas localizadas na junção da veia cava superior e da aurícula direita – **Nó Sinusal (SA) – PACEMAKER PARA TODO O MIOCÁRDIO**



O sinal elétrico é conduzido das células miocárdias da aurícula até ao **NÓ AURICULO-VENTRICULAR (AV)**

Normal ECG Tracing

P wave = Atrial depolarization

QRS complex = Ventricular depolarization

T wave = Ventricular repolarization

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=ftn4YqbQww>

Normal ECG Tracing

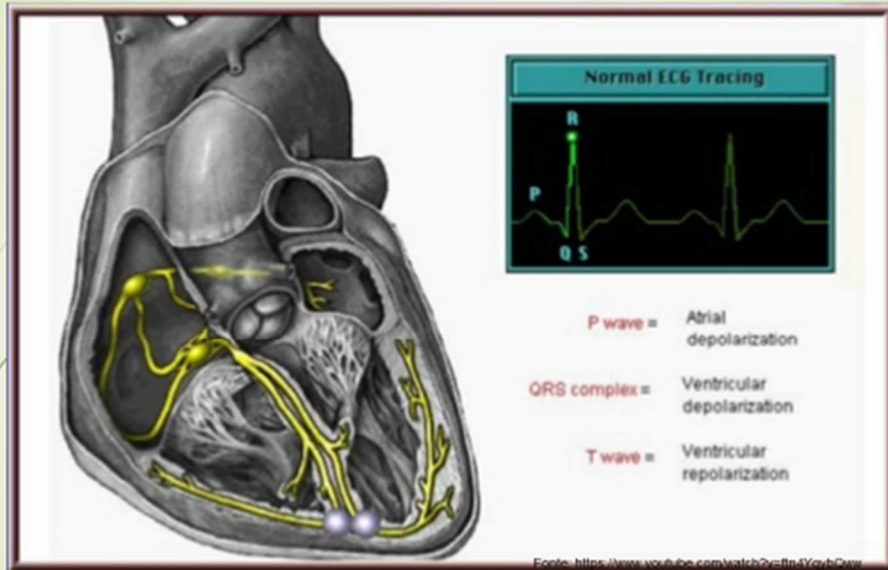
P wave = Atrial depolarization

QRS complex = Ventricular depolarization

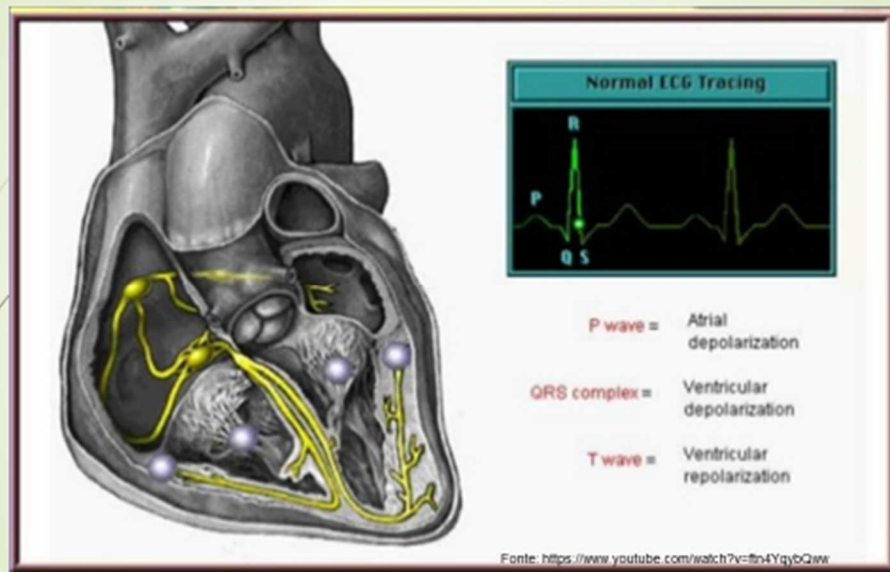
T wave = Ventricular repolarization

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=ftn4YqbQww>

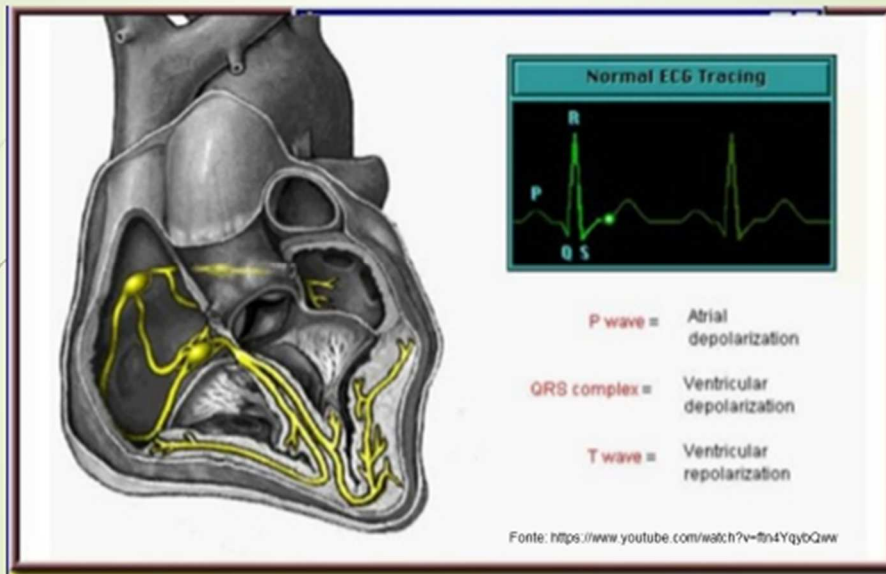
AV coordena os impulsos elétricos e retransmite-os para o miocárdio ventricular através do FEIXE DE HIS



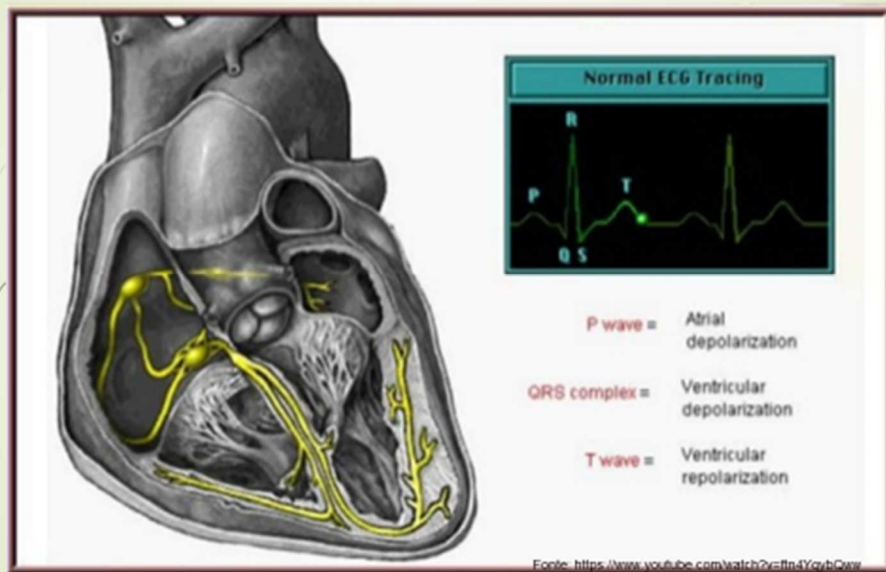
FEIXE DE HIS percorre todo o septo que separa os ventrículos direito e esquerdo, dividindo-se em ramo direito e esquerdo – **FIBRAS DE PURKINJE** – cujos feixes se envaginam no miocárdio ventriculare.



Início da repolarização ventricular




Término da repolarização ventricular





1.3 ECG como registo gráfico



1.3 ECG como registo gráfico

O ECG é o exame capaz de registar a atividade elétrica do coração de uma pessoa em repouso.

Através da colocação dos elétrodos no corpo do utente pode ser obtida e registada a atividade elétrica nas 12 derivações.

As derivações transmitem informações importantes acerca da atividade elétrica do miocárdio na área em que o elétrodo está posicionado.

1.3 ECG como registo gráfico

O ECG normalmente é usado:

- Anomalias na condução
- Disritmias
- Alargamento das câmaras
- Enfarte do miocárdio
- Efeitos farmacológicos
- Alterações eletrolíticas
- Distúrbios tóxicos

Fenómeno elétrico e o fenómeno mecânico

- O ECG dá-nos dois tipos de informações:
 - Quanto **tempo** leva a onda elétrica a percorrer todo o miocárdio
Se a atividade elétrica é *normal, lenta, rápida, regular ou irregular*.
 - Medição da "**quantidade**" de atividade elétrica que passa através do miocárdio e assim, inferir se existem partes do coração que são demasiado grandes ou demasiado sobrecarregadas.

Eletrocardiógrafo



Para realizar um ECG de 12 derivações:

4 cabos estão ligados para cada membro

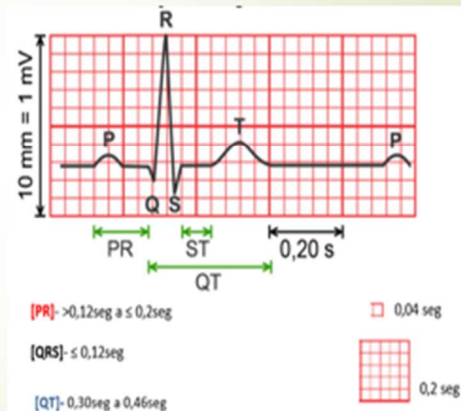
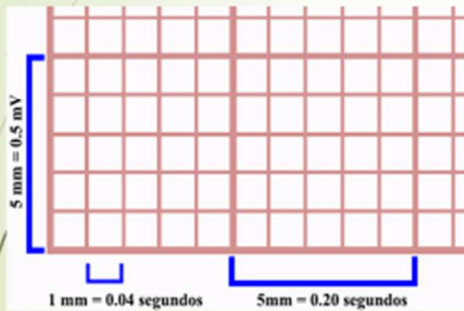
6 cabos estão ligados em locais distintos do tórax

O total dos 10 cabos faz o registo dos 12 pontos de vista diferentes da actividade elétrica cardíaca.

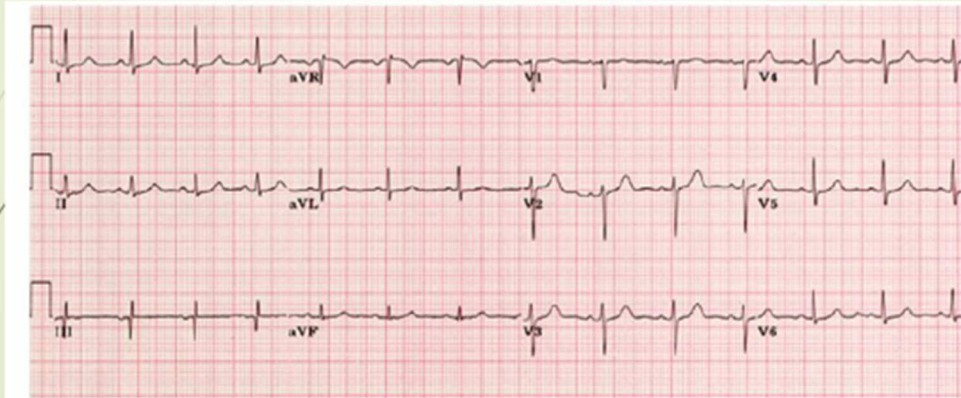
<http://www.medicareoption.pt/ECG12M.html>

<https://cirurgicapassos.com.br/eletrocardiografo-ecg-interpretativo-12-canais-lcd-cardiotouch-3000-bionet.html>

Papel Milimétrico

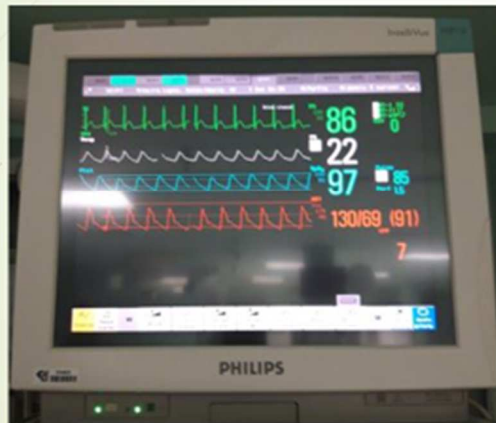


ECG 12 derivações



https://meds.queensu.ca/central/assets/modules/ts-ecg/normal_ecg.html

Na UCIP



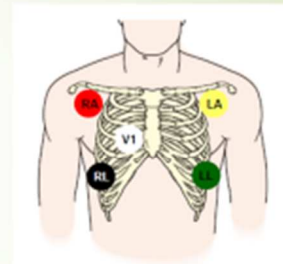
Aspectos técnicos na realização de um ECG

5 ELÉTRODOS

Colocação de acordo com o fabricante

Monitorização contínua

- BD
- BE
- PD
- PE
- 5º elétrico v1 a v6



Cabo de 5 eletrodos

A monitorização com um cabo de cinco vias permite-nos monitorizar mais derivações. DI, DII; DIII; aVR; AVL e aVF e por vezes derivações pré-cordiais dependendo do tipo de monitor cardíaco.

Definição, morfologia e localização dos eletrodos nas diferentes derivações

ECG 12 derivações

BIPOLAR – regista o impulso elétrico gerado entre dois eletrodos.

UNIPOLAR – regista o impulso elétrico do coração em relação a um ponto central eletronicamente criado (cada eletrodo é positivo).

Derivações bipolares e derivações unipolares

- As derivações podem ser definidas mediante a posição dos elétrodos

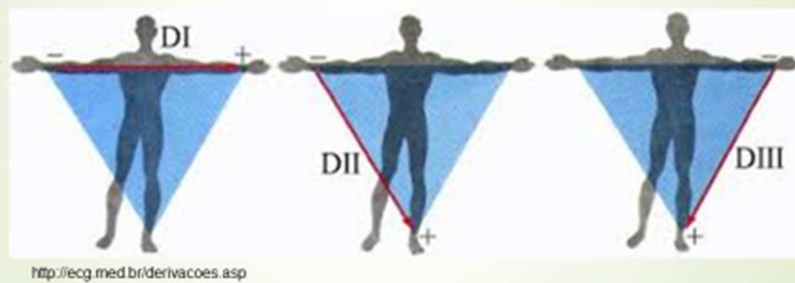
NO PLANO FRONTAL

- Derivações bipolares de membros
- Derivações unipolares de membros

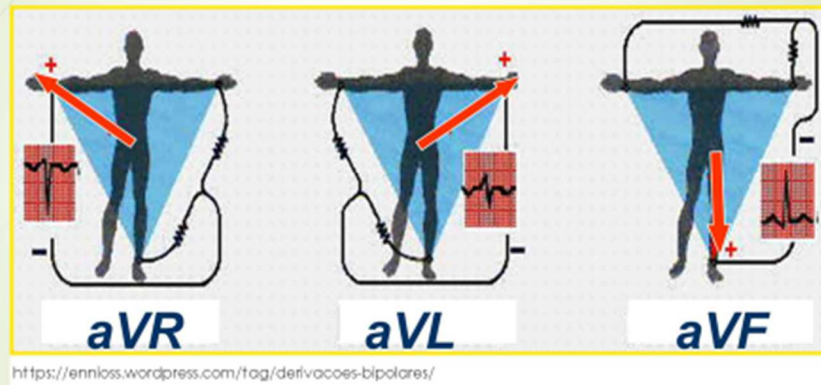
NO PLANO HORIZONTAL

- Derivações unipolares de toráx

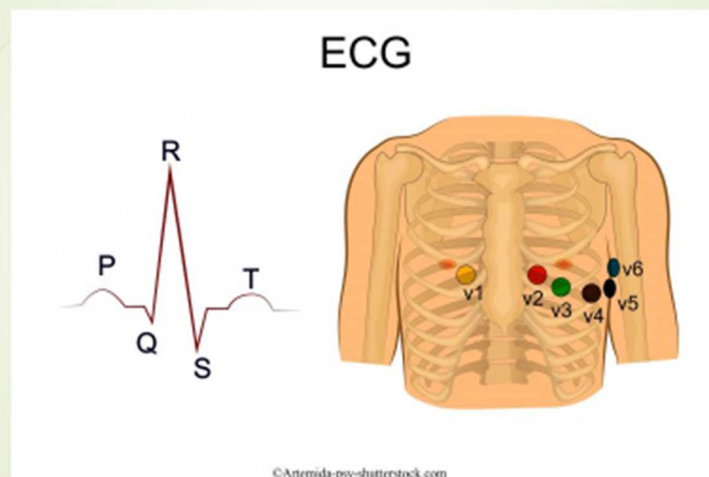
Derivações Bipolares



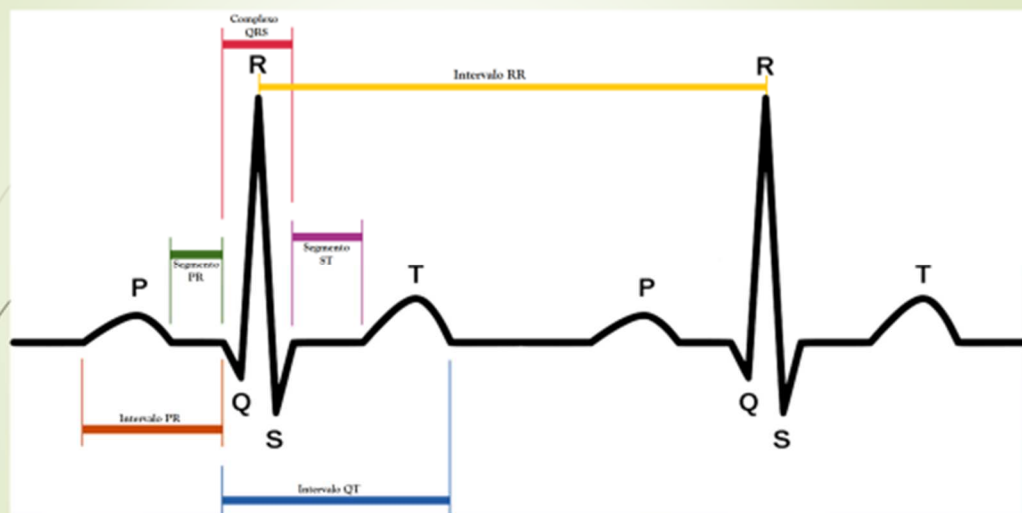
Derivações Unipolares



Derivações pré-cordiais



1.4 Condução elétrica vs Ondas de ECG



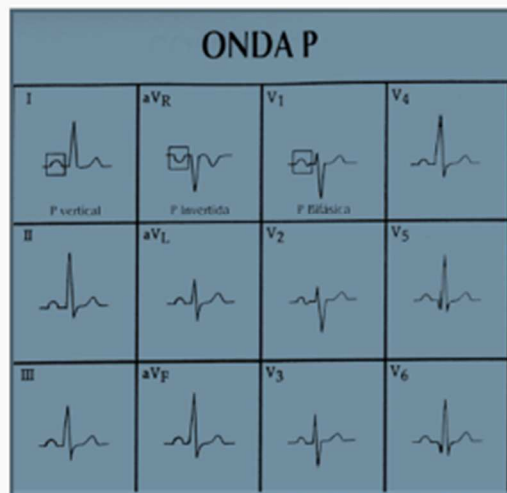
Fenómeno elétrico e o fenômeno mecânico

ONDA P - Onda de despolarização das aurículas

Num ECG normal:

- A onda P precede ao complexo QRS;
- Apresenta-se como uma pequena onda acima da linha de base;
- Geralmente lisa e arredondada;
- **Amplitude** normal de 0,05 a 0,25 mV e **duração** normal de 0,06 a 0,11 s.

Despolarização auricular



Fenómeno elétrico e o fenómeno mecânico

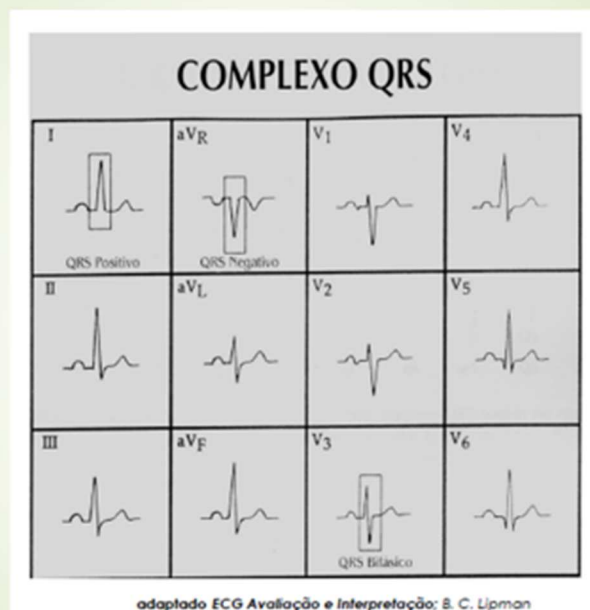
COMPLEXO QRS - Onda de despolarização dos ventrículos

Num ECG normal:

- O QRS surge normalmente após a onda P;
- **Amplitude** normal inferior a 25 mm e **duração** normal de 0,12s.

Normalmente numa análise rápida ou de emergência

- Se QRS estreito – origem supraventricular
- Se QRS largo – origem ventricular

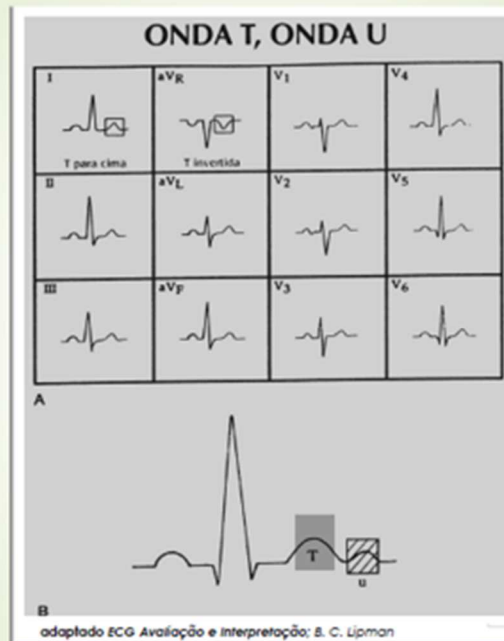


Fenómeno elétrico e o fenómeno mecânico

ONDA T - Onda de repolarização dos ventrículos

Num ECG normal:

- Segue sempre após o QRS;
- Ligeiramente arredondada e assimétrica;
- Fenómeno puramente elétrico não estando associado a qualquer evento mecânico.



INTERVALOS

Representa o tempo necessário para as células do miocárdio despolarizarem e repolarizarem.

Os intervalos englobam os intervalos + segmentos.

Intervalo PR

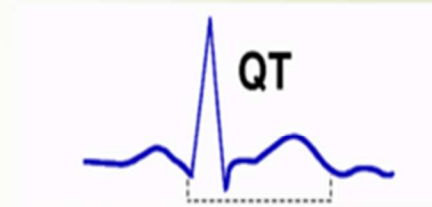
- Tempo entre o início da despolarização auricular e o início da despolarização ventricular.
- O intervalo PR mede-se desde o início da onda P até ao início do complexo QRS, incluindo assim a onda P e o segmento PR.



<http://pt.my-ekg.com/generalidades-ecg/intervalos-segmentos-ecg.html>

Intervalo QT

- Tempo do início da despolarização ventricular até ao fim da repolarização ventricular.
- Mede-se desde o início do QRS até ao final da onda T, logo inclui o complexo QRS, o segmento ST e a onda T.



<http://pt.my-elig.com/generalidades-ecg/intervalos-segmentos-ecg.html>

Intervalo R-R



<http://pt.my-elig.com/generalidades-ecg/intervalos-segmentos-ecg.html>

- O intervalo RR é a distância entre duas ondas R sucessivas.
- O intervalo RR é medido desde o início da onda R até à próxima onda R. A sua duração depende da frequência cardíaca.
- Em ritmo sinusal o intervalo RR deve ser constante

SEGMENTOS

Linha (normalmente isoeleétrica) que une uma onda com outra onda, sem incluir qualquer uma delas.

Segmento PR

Tempo do final da despolarização auricular até ao início da despolarização ventricular

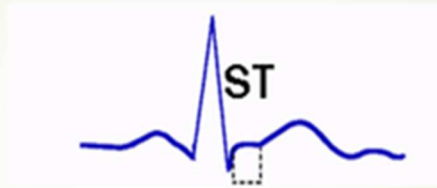
O segmento PR é um segmento isoeletrico entre o final da onda P e o início do complexo QRS

Causas de depressão do Segmento PR:

- Taquicardia induzida pelo exercício.
- Presença de ondas P altas.
- Pericardite.
- Isquemia auricular.



Segmento ST



<http://pt.my-ekg.com/generalidades-ecg/intervalos-segmentos-ecg.html>

Tempo final da despolarização ventricular até ao início da repolarização ventricular.

Normalmente é isoeletrico e é medido desde o final do complexo QRS até ao início da onda T.

Segmento ST

Elevação do ST:

- repolarização precoce
- pericardite aguda
- Hipercaliémia
- Aneurisma ventricular
- Hipotermia
- Síndrome de Burgada

Depressão do ST:

- Hipocaliémia
- Impregnação digitálica
- Hipertrofia ventricular esquerda
- Prolapso mitral
- Durante ou após uma taquicardia paroxística
- Secundária a alterações da repolarização
- Esforço físico

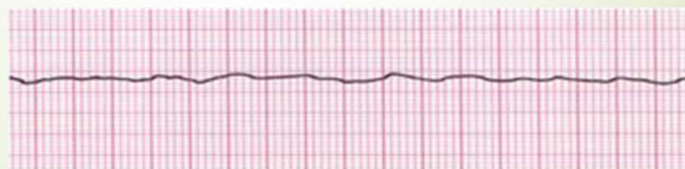
Como ler uma Tira de Ritmo

1. Há atividade elétrica?
2. O QRS é rítmico ou arritmico?
3. Qual é a frequência ventricular (QRS)?
4. O QRS é estreito ou alargado?
5. Há atividade elétrica auricular?
6. De que forma se relaciona com a atividade ventricular?

1. Há atividade elétrica?



<http://pt.my-ekg.com/como-ler-ecg/ritmo-cardiaco.html>



http://revista.fmp.usp.br/2012/vol45n2/Simp7_Parada%20card%EDsca%20em%20cian%EA7as.pdf

2. O QRS é rítmico ou arrítmico?

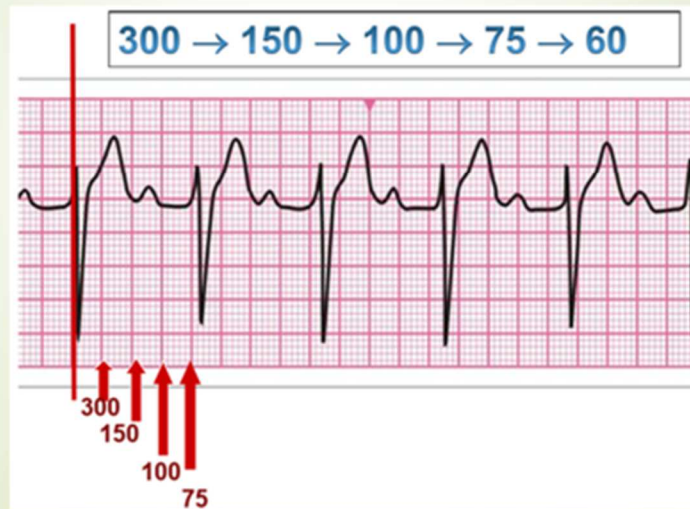


3. Qual é a frequência ventricular (QRS)?

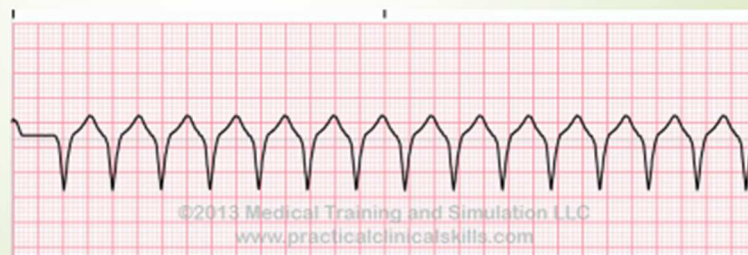
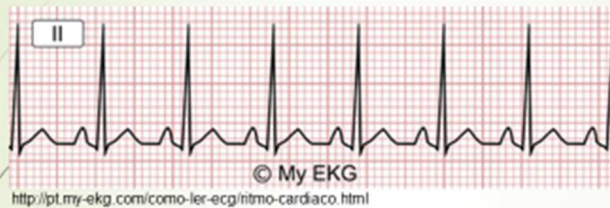
- Normal: 60 a 100 bpm
- Bradicardia: < 60 bpm
- Taquicardia: > 100 bpm

- Contar o nº complexos em 6 segundos (arrítmicos)
- Dividir 300 pelo nº quadrados grandes (5mm) entre 2 RR
- Dividir 1500 pelo nº de quadrados pequenos (1mm) entre 2 RR

3. Qual é a frequência ventricular (QRS)?



4. O QRS é estreito ou alargado?



5. Há atividade elétrica auricular?



<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215001203>



<http://pt.my-ekg.com/arritmias-cardiacas/fibrilacao-atrial.html>

6. De que forma se relaciona com a atividade ventricular?




<http://pt.my-ekg.com/truques-conselhos-ecg/ritmo-sinusal-diagnostico.html>



<http://pt.my-ekg.com/arritmias-cardiacas/bloqueios-av-segundo-grau.html>

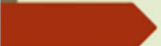


2. ARRITMIAS CARDÍACAS



Relembrando

- As arritmias ocorrem quando os impulsos elétricos do coração que coordenam os batimentos cardíacos não são emitidos de um modo adequado.
- As arritmias podem estar localizadas nas aurículas ou nos ventrículos.



Quando o coração bate de forma irregular, o bombeamento de sangue para as várias partes do corpo, pode não ser conseguido, colocando em perigo órgãos vitais.



Enjoos
Vertigem
Síncope

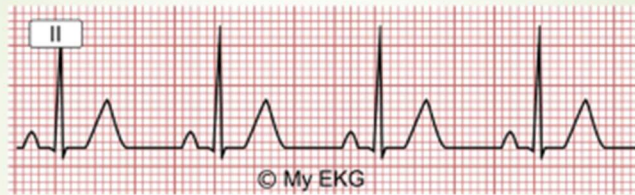
Requerem atenção imediata !!

Alguns tipos de arritmias provocam poucos ou nenhuns sintomas



2.1 Ritmo sinusal: bradicardia e taquicardia

2.1 Ritmo sinusal



<http://pt.my-ekg.com/truques-conselhos-ecg/ritmo-sinusal-diagnostico.html>

- Frequência cardíaca entre 60-100bpm
- Intervalos P-P e R-R iguais e regulares
- Onda P é positiva em II e negativa em AVR
- Não existe atividade ectópica

Presença da onda P	QRS < 0,12seg
[RR]-regular	[PR] < 0,2seg
Relação entre a onda P e o QRS	

2.1 Ritmo Sinusal: Bradicardia



<http://pt.my-ekg.com/como-ler-ecg/ritmo-cardiaco.html>

- Frequência cardíaca < 60bpm
- Apresenta as características do ritmo sinusal

- Estimulação vagal; Hipotireoidismo; Enfarte da parede inferior; Doença do nó sinusal; Fármacos (beta-bloqueadores, bloqueadores dos canais cálcio, digoxina)
- Terapêutica com fármacos (atropina e epinefrina) em situações sintomáticas (tonturas, fadiga ou hipotensão)
- Pace-maker (temporário ou definitivo)

2.1 Ritmo Sinusal: Taquicardia



- Frequência cardíaca >100bpm
- Apresenta as características do ritmo sinusal

- Ocorre como estímulo do sistema nervoso simpático (por ex. por febre, hipovolémia; dor; hipóxia)
- Hipertireoidismo, insuficiência cardíaca, EAM, EP, fármacos (atropina, epinefrina) e excesso de cafeína
- Tratamento da causa subjacente
- Administração de beta bloqueadores (propranolol/metoprolol) e dos bloqueadores dos canais de cálcio (verapamil/diltiazem)

2.2 Arritmias Auriculares

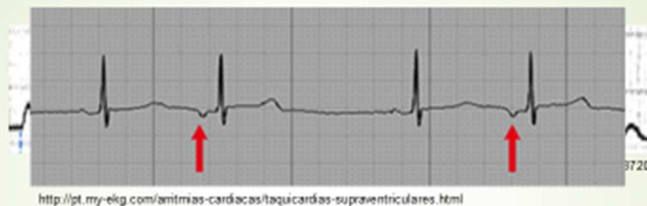
2.2.1 Extrassístoles Supraventriculares

2.2.2 Fibrilhação auricular (FA)

2.2.3 Flutter auriculares

2.2.4 Taquicardia supraventricular

2.2.1 Extrassístoles Supraventriculares



- Intervalo R-R é irregular
- Onda P ectópica é diferente da P sinusal

Stress, cafeína, álcool
Insuficiência cardíaca, isquemia do miocárdio, doença das artérias coronárias e valvular
Doença pulmonar crónica, hipertiroidismo, infecções
Anomalias electrolíticas (hipocallémia) e uso de digtálicos

2.2.2 Fibrilhação auricular



- Ausência de ondas P (ondas fibrilatórias entre os QRS) e ritmo irregular
- Ritmo auricular caótico

- Doença cardíaca (isquémica, valvular)
- Insuficiência cardíaca
- Cardiomiopatia
- Malformação do septo auricular
- HTA
- Doença pulmonar (crónica ou aguda)
- Cirurgia cardíaca
- Causas idiopáticas
- Poderá ser necessário administrar antiarrítmicos (amiodarona)

A eficácia das aurículas como bombas perde-se, potenciando a formação de coágulos (hipocoagulação)

2.2.3 Flutter auricular

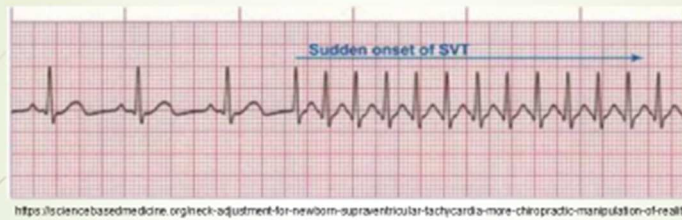


<https://ccentf.pt/cc/2/a/tecg>

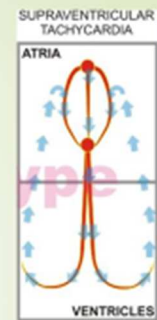
- Ondas em forma de "dentes" entre os complexos QRS – ondas flutter
- Frequência auricular entre 250-350 bpm
- Frequência ventricular, geralmente, mais lenta que a auricular porque o nó AV faz triagem dos impulsos

- Hipertiroidismo
- Doenças cardíacas (estenose e insuficiência mitral, isquemia, EAM, doença do nó sinusal, doença do pericárdio)
- Embolia ou edema pulmonar
- Causas idiopáticas
- Administração de antiarrítmicos (amiodarona)
- Bloqueio da condução no nó AV (digoxina), beta bloqueadores (propranolol/metoprolol) e bloqueadores dos canais de cálcio (verapamil/diltiazem)
- Cardioversão sincronizada
- Estimulação com pacing

2.2.4 Taquicardia Supraventricular Paroxística



<https://sciencebasedmedicine.org/heck-adjustment-for-newborn-supraventricular-tachycardia-more-chiropractic-manipulation-of-reality/>



- Frequência entre 150-250 bpm
- Ritmo irregular
- Ondas P frequentemente não visíveis
- Ocorre por fenômenos de reentrada permitindo a condução ininterrupta de estímulos
- Manobras vagais (massagem do seio carotídeo, manobra de valsalva, imersão da cara em água fria)
- Administração de fármacos para abrandar a via anterógrada (adenosina), beta bloqueadores (propranolol / metoprolol) e bloqueadores dos canais de cálcio (verapamil / diltiazem) e digitalico (digoxina)
- Com sintomatologia (hipotensão) deve-se proceder à cardioversão

2.3 Arritmias Ventriculares

- 2.3.1 Extrassístoles
- 2.3.2 Taquicardia ventricular (TV)
 - 2.3.2.1 Monomórfica e Polimórfica
 - 2.3.2.2 Torsade de Pointes
- 2.3.3 Fibrilhação ventricular (FV)
- 2.3.4 Actividade elétrica sem pulso (AESP)
- 2.3.5 Assistolia

2.3.1 Extrassístoles Ventriculares



- QRS ectópico prematuro
- Intervalo R-R é irregular
- QRS ectópico alargado, de morfologia bizarra e não precedidos de onda P
- Fator de risco se forem muito frequentes (mais de 10 por minuto)

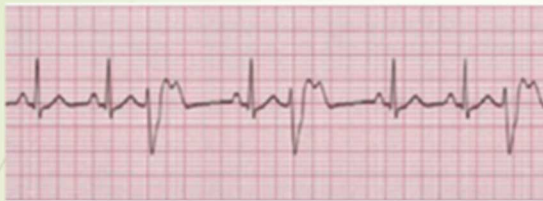
2.3.1 Extrassístoles Ventriculares



<http://blogdoecg.blogspot.com/2010/06/extrassistole-ventricular-isolada.html>

- Stress, exercício físico
- Fármacos (digoxina)
- Desequilíbrios electrolíticos (hipocaliémia ou hipomagneseemia)
- Cardiomiopatia
- Hipoxémia, alterações metabólicas
- Reperusão (depois da administração de trombolíticos)
- Contacto do endocárdio com a colocação de cateteres
- Administração de terapêutica (Lidocaína)
- Correção das anomalias eletrolíticas
- Administrar oxigénio

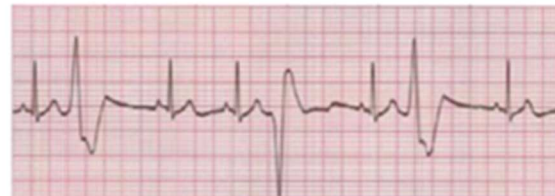
Extrassístoles Ventriculares



<https://enrioss.wordpress.com/tag/arritmia-sinusal-respiratoria/>

Monomórfica

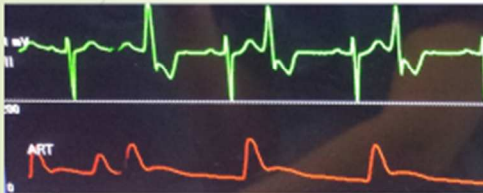
Polimórfica



<https://enrioss.wordpress.com/tag/arritmia-sinusal-respiratoria/>

Extrassístoles Ventriculares

Bigeminismo



- A extrassístole alterna com 1 QRS (batimento normal) num padrão repetitivo)

Trigeminismo



- A extrassístole alterna com 2 QRS (batimento normal) num padrão repetitivo)

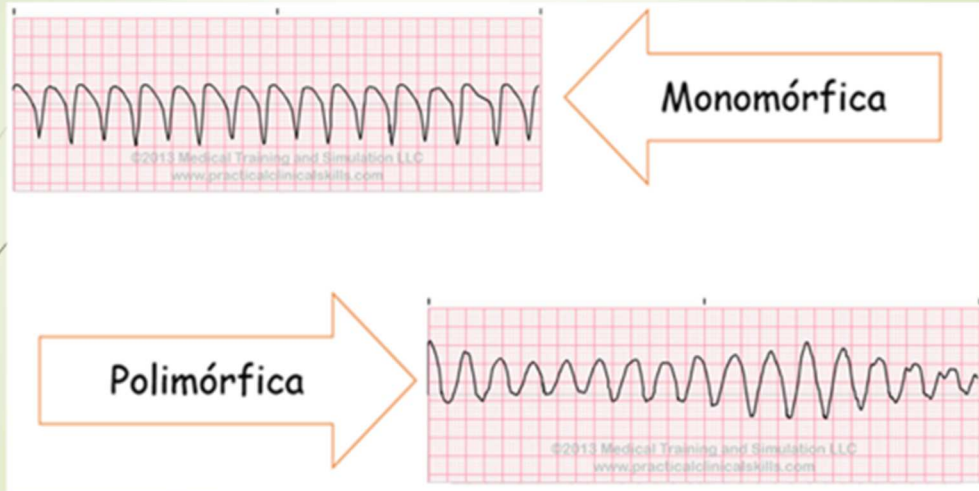
2.3.2 Taquicardia ventricular (TV)



<http://portaldocoracao.com.br/taquicardia-ventricular-2/>

- Ritmo de complexos largos de configuração diferente do habitual
- Frequência > 100 bpm
- Ondas frequentemente não visíveis
- Ausência de pulso → Desfibrilação
- Presença de pulso com sintomas (dor anginosa) procede-se à administração de terapêutica (lidocaína)
- No tratamento a longo prazo, devido à recorrência, está o implante de CDI ou a ablação por cateter
- EAM, cardiomiopatia, miocardite
- Fármacos (digoxina)
- Desequilíbrios eletrolíticos (hipocaliémia ou hipomagnesemia)
- Reperusão (depois da administração de trombolíticos)
- Contacto do endocárdio com a colocação de cateteres

2.3.2.1 Monomórfica e Polimórfica



2.3.2.2 Torsade de Pointes

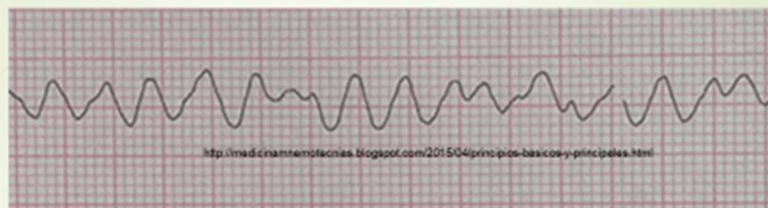


- Amplitude dos complexos de QRS aumenta e diminui
- Frequência ventricular rápida: 200-250bpm
- Intervalo PR não mensurável
- QRS largo, exuberante, bizarro

- Anomalias electrolíticas (hipomagnesemia, hipocaliemia e hipocalcemia)
- Fármacos antiarrítmicos e psicotrópicos
- EAM
- Dietas líquidas hiperproteicas
- Suspensão da terapêutica que poderá ser o fator causal
- Corrigir anomalias electrolíticas
- Se for sustentada proceder à cardioversão devido ao risco de evoluir para FV
- Terapêutica crónica inclui betabloqueadores e implantação de pace-maker ou CDI ou mesmo a simpatectomia superior esquerda

2.3.3 Fibrilhação ventricular (FV)

PCR



- Ritmo ventricular rápido: > 250bpm
- Caracteriza-se por ondas irregulares, sem capacidade de distinguir ondas P e QRS
- Atividade elétrica limitada a umas ondas irregulares contínuas
- Morfologia caótica com perda absoluta de contração cardíaca
- EAM, cardiomiopatia
- Anomalias eletrolíticas (como na TV)
- Intoxicação por fármacos (digitálicos)
- Incapacidade de sincronização conveniente durante a cardioversão
- Choque eléctrico accidental
- DESFIBRILHAÇÃO

2.3.4 Actividade eléctrica sem pulso (AESP)

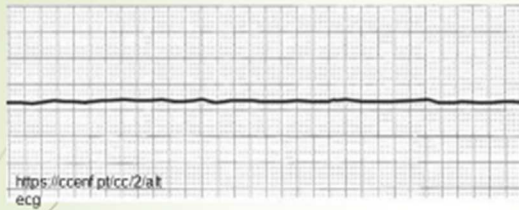
PCR



- Reflete o ritmo subjacente mas sem pulso

- Trauma
- Pneumotórax hipertensivo
- Trombose(pulmonar ou coronária)
- Tamponamento cardíaco
- Hipo ou hipercaliémia
- Hipóxia
- Hipoglicemia
- Hipotermia
- Acidose
- SBV
- Tratar causa subjacente

2.3.5 Assistolia



PCR

- Não se indentificam quaisquer ondas de ECG
- Linha isoeétrica (confirmar a assistolia através da análise de uma derivação diferente – pode ser confundida com FV fina
- Falência dos pace-maker cardíacos intrínsecos normais por EAM ou fármacos
- Episódio prolongado de TV
- SBV
- Logo que possível iniciar um pace-maker externo transcutâneo

2.4 Anomalias na condução AV: Bloqueios 1º, 2º e 3º grau

Bloqueios AV – Bloqueio de 1º grau



<http://pt.my-ekg.com/arritmias-cardiacas/arritmias-cardiacas.html>

- Ritmo regular
- Onda P e QRS normais
- Todas as ondas P são seguidas de QRS
- Atraso na condução dentro do AV ou no sistema His-Purkinje, intervalo PR > a 0,20s (1 quadrado grande do papel milimétrico)
- Benigno, mas pode estar associado a um EAM
- Causado por fármacos que prolongam a condução AV (digoxina, bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores)

Bloqueio de 2º grau - Mobitz tipo I



<http://pt.my-ekg.com/arritmias-cardiacas/bloqueios-av-segundo-grau.html>

- Condução intermitente entre as aurículas e os ventrículos
- Alargamento progressivo de PR até que uma onda P não é conduzida
- Causado por fármacos beta-bloqueadores, digoxina e bloqueadores dos canais de cálcio
- Miocardite
- Isquemia envolvendo a artéria coronária direita
- Suspender fármaco se for a causa
- Implantação de pacemaker
- Administração de atropina ou isoprenalina se sintomas (fadiga, síncope)

Bloqueio de 2º grau - Mobitz tipo II



<http://pt.my-ekg.com/arritmias-cardiacas/bloqueios-av-segundo-grau.html>

- Intervalo PR constante, periodicamente a uma ou mais ondas P não se segue um QRS
- Diferencia-se do Mobitz tipo I por ter intervalos PR constantes, antes e depois da onda P não conduzida
- Bradicardia resultante pode comprometer o débito cardíaco e levar ao bloqueio AV completo
- Significa doença severa no sistema de condução
- Causado por EAM ou insuficiência da válvula mitral
- Intoxicação por fármacos beta-bloqueadores, digoxina e bloqueadores dos canais de cálcio
- Implantação de pacemaker

Bloqueio de 3º grau - auriculoventricular completo



<http://pt.my-ekg.com/arritmias-cardiacas/bloqueio-av-completo.html>

- Frequência ventricular baixa
- Ritmos auricular e ventricular são diferentes (ritmo auricular mais rápido)
- As ondas P e os complexos QRS não tem relação entre eles
- Causado por intoxicação farmacológica de beta-bloqueadores, digoxina e bloqueadores dos canais de cálcio
- EAM, miocardite ou endocardite
- Suspender fármaco prejudicial
- Administrar atropina ou epinefrina
- Implantação de pacemaker



2.5 Pacemaker artificial

2.5.1 Ritmo de Pacemaker

2.5 Pacemaker artificial

- Aparelho eletrónico que gera e transmite um sinal elétrico às aurículas, ventrículos ou ambos
- Existem dispositivos complexos incorporados com características de desfibrilhação e cardioversão



Temporário

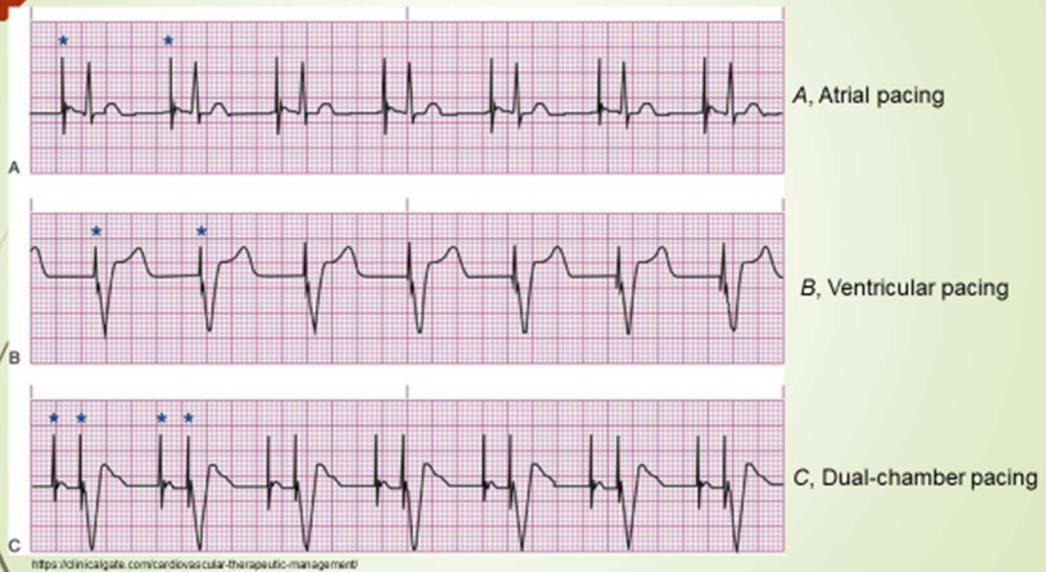
- Situações de emergência
- Bradicardia sintomática
- Bloqueio AV passageiro



Definitivo

- Após exame cuidadoso do quadro clínico
- Bloqueio AV adquirido
- Bloqueio associado a enfarte do miocárdio
- Bloqueio crónico bifascicular

2.5.1 Ritmo de Pacemaker

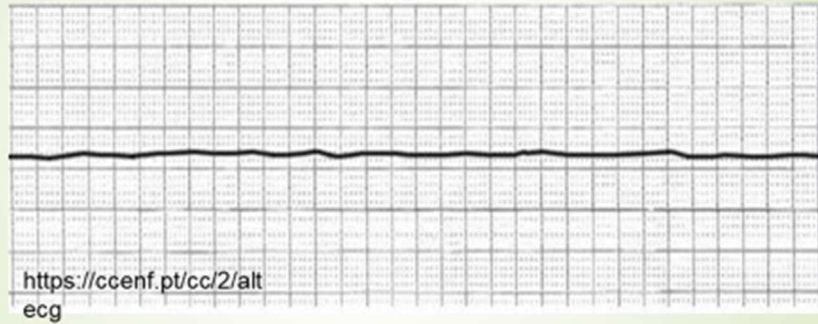


Ritmos para identificar

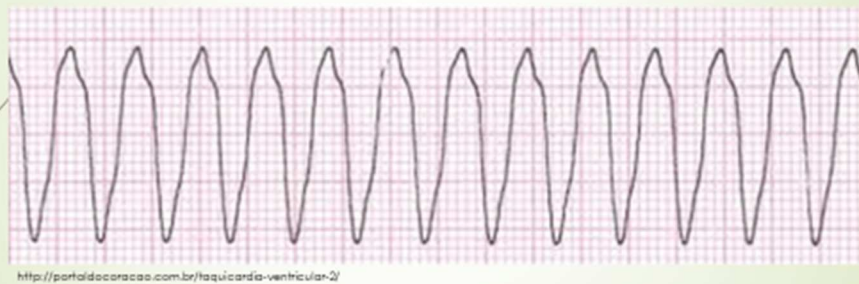
Sinusal



Assistolia



Taquicardia Ventricular

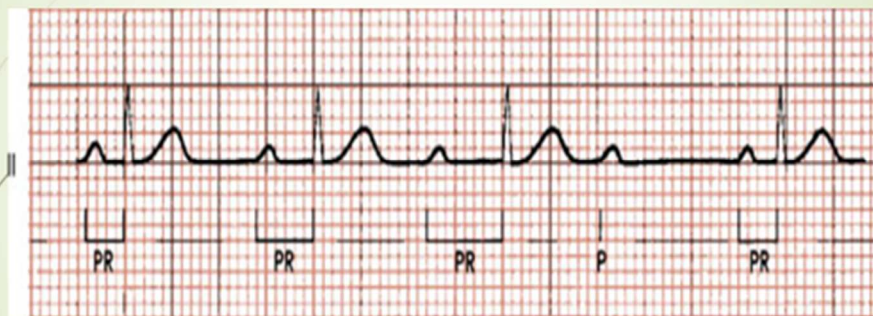


Fibrilhação Ventricular



http://enfermagemintensiva.blogspot.com/2017/01/fibrilacao-ventricular_22.html

Bloqueio de 2º grau Mobitz I



<http://www.medicinehack.com/2013/10/second-degree-atrioventricular-block.html>

Bloqueio de 3º grau



<http://pt.myeig.com/arritmias-cardiacas/arritmias-cardiacas.html>

Referências Bibliográficas

- Arnsdorf, M. F. (1978). Electrophysiology of the heart. *Electrocardiography: Fundamental Theory*. American Physiological Society, 1108.
- Lipman, B. C. (2001). *ECG Avaliação e Interpretação*. Philadelphia: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Blakeman JR, Sarsfield K, Booker KJ. Nurses' Practices and Lead Selection in Monitoring for Myocardial Ischemia: An Evidence-Based Quality Improvement Project. *Dimens Crit Care Nurs*. 2015
- Diretriz de interpretação de eletrocardiograma de repouso Arq Bras Cardiol volume 80, (suplemento II), 2003
- Hampton, J. (2014). *ECG Essencial*. Brasil: Elsevier Editora, Ltda.
- Francis D. Murgatroyd et al, *Handbook of Cardiac Electrophysiology*. Remedica Publishing, London, 2002
- Delgado, R. C. (2008). *Manual Prático de Ecocardiografia Clínica*. Madrid: Mayo, S. A
- Lopes JL, Ferreira FG. *Eletrocardiograma para enfermeiros*. São Paulo: Atheneu; 2013.
- *Blackbook de Clínica Médica Pedrosa*, E. R. P; Oliveira, R. G. 1ª ed, 2007
- Rodrigues, J. (2010). *Eletrocardiografia Clínica Princípios Fundamentais*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, lda.
- Júnior, W. (2007). *Manual de Ecografia*. Brasil: Manole Ltda.
- Werner K, Kander K, Axelsson C. Electrocardiogram interpretation skills among ambulance nurses. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016
- Yanowitz, F. (2017). INTRODUCTION TO ECG INTERPRETATION in: <https://ecg.utah.edu/pdf/>
- Passos para ler um ECG in: <https://ccenf.pt/cc/2/leecg#rel>
- A.D.A.M. Interactive Anatomy in: <http://aia5.adam.com/content.aspx?productid=117&isArticleLink=false&pid=1&gid=001101>

APÊNDICE II – Proposta de instrução de trabalho
Ventilador de Transporte Oxylog®3000



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Ventilador de Transporte Oxylog®3000
Proposta de instrução de trabalho



Autora: Ana Mafalda Lucas Marcos
Co Autora: Prof.^a Doutora Irene Oliveira
Sob orientação: C.B.

Porto, Janeiro de 2019

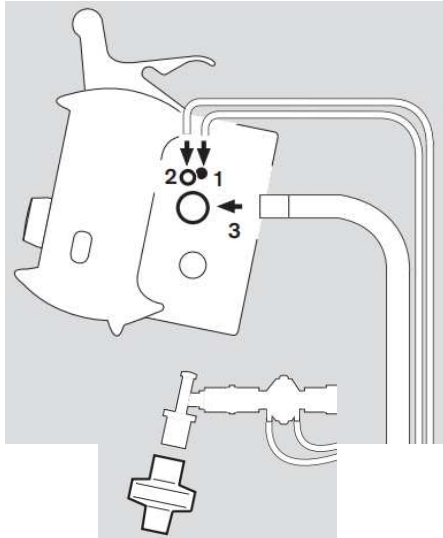
Proposta de instrução de trabalho para o Ventilador de Transporte Oxylog®3000 (sala de emergência)

1. Objetivos

- a) Descrever a manutenção e funcionamento do Ventilador de Transporte Oxylog®3000 na ótica do utilizador
- b) Uniformizar a utilização do aparelho pela equipa

2. Descrição

- Ventilador de urgência e de transporte com comando do tempo, constante no volume e com pressão assistida para doentes a partir de 50 mL de volume corrente.
- Modos ventilatórios disponíveis
 - IPPV/IPPV Assist (Intermittent Positive Pressure Ventilation): ventilação controlada e assistida, constante no volume com PEEP para CPPV.
 - SIMV/ASB (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation): procedimento de desabituação para doentes que respiram espontaneamente com suporte por pressão regulável durante a respiração espontânea.
 - CPAP/ASB (Continuous Positive Airway Pressure): respiração espontânea com pressão positiva da via respiratória e suporte por pressão regulável.
 - BIPAP (Biphasic Positive Airway Pressure): ventilação com pressão assistida combinada com uma respiração espontânea livre durante o ciclo respiratório completo e com suporte por pressão regulável ao nível CPAP.
- Executar teste de funcionamento diariamente pelo enfermeiro destacado para a sala de emergência.
- O aparelho, após teste de funcionamento, deve permanecer com todos os componentes conectados e pronto a utilizar.
- Ligação dos acessórios de respiração:

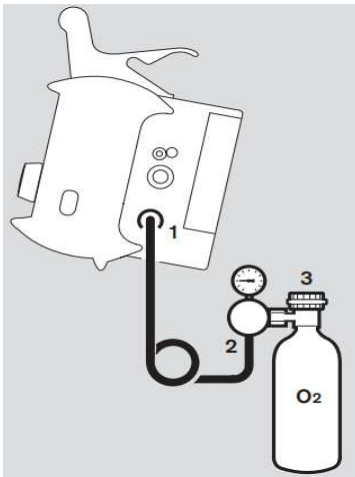


- 1 Enfiar o tubo de medição de fluxo azul na conexão azul,
- 2 enfiar o tubo de medição de fluxo transparente na outra conexão.

● **Não trocar os tubos de medição de fluxo. Os tubos de medição de fluxo trocados causam uma medição errada do volume.**

- 3 Enfiar o tubo respiratório na conexão no Oxylog 3000.

ar filtro antibacteriano ou um HME (Heat Moisture exchanger)




- 1 Atarraxar o tubo de ar comprimido de oxigênio no Oxylog 3000.
- 2 Ligar o tubo de ar comprimido de oxigênio ao redutor de pressão.
- 3 **Atarraxar lentamente** a válvula da garrafa, e abri-la completamente.

● **Não montar válvulas de dosagem nem debitômetros no abastecimento de gás do Oxylog 3000, perigo de uma perturbação da função do aparelho!**

3. Realização do transporte

Antes do transporte

- Premir, por breves momentos, a tecla  para ligar o aparelho;
- Aguardar aproximadamente 5 segundos pelo autoteste (o aparelho inicia posteriormente a ventilação na regulação base);
- Verificar a capacidade da bateria no indicador de bateria no monitor do ventilador de transporte;
- Efetuar o teste com o pulmão de controlo e com a ventilação de regulação base;
- Efetuar a regulação dos parâmetros ventilatórios para o doente e regular os limites de alarme;
- Transportar ambu funcionando para suprimir alguma falha do ventilador durante o transporte;
- Assegurar que a garrafa de oxigênio permite realizar o transporte em segurança: $O_2 \text{ necessário} = ((20 + V_{\text{min}}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}) + 50\%$

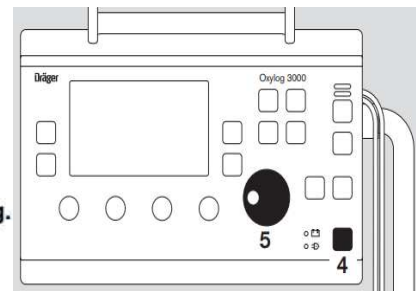
Durante o transporte

- Assegurar a permeabilidade da via aérea;
- Assegurar funcionamento do aparelho e evitar danos;
- Vigiar alarmes: sinal luminoso no canto superior direito do ventilador
 - Vermelha a piscar: mensagem de máxima prioridade
 - Amarela a piscar: mensagem de média prioridade
 - Amarela continuamente acesa: mensagem de baixa prioridade
- Se o ventilador apresentar a mensagem “*Pressão de supl. Baixa*” o ventilador não ventila por falha de gás, assegurar manualmente a ventilação do doente.

4. Teste do aparelho

Período de duração de aprox. 3 minutos.

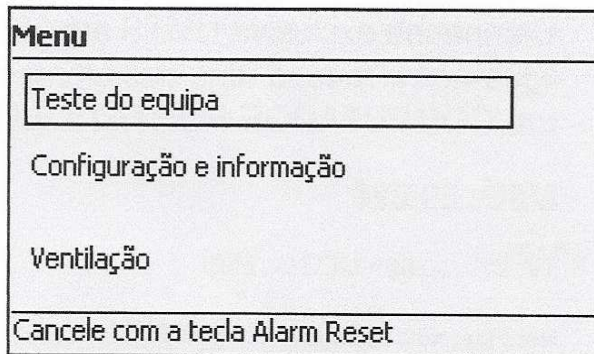
- 4 Ligar o Oxylog 3000 = premir brevemente a tecla » ⏻ «. O aparelho efectua o teste de ligação no aparelho, na indicação aparece o pedido de entrar no menú de configuração ou no teste do aparelho.
Pressione o botão rotativo para conf. do equip. e config.
- 5 Confirmar com o botão.



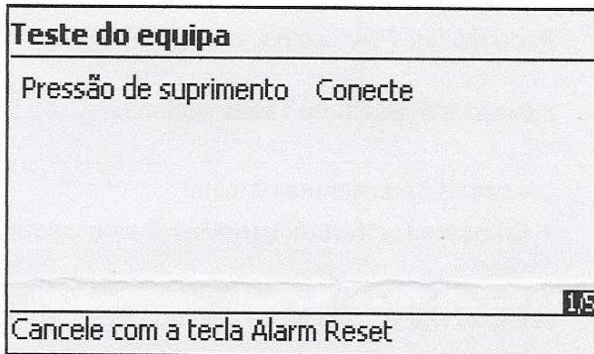


- Seleccionar no menú principal o »**Teste do aparelho**«, e confirmar.

O teste do aparelho pode sempre ser interrompido com a tecla »Alarm Reset«.



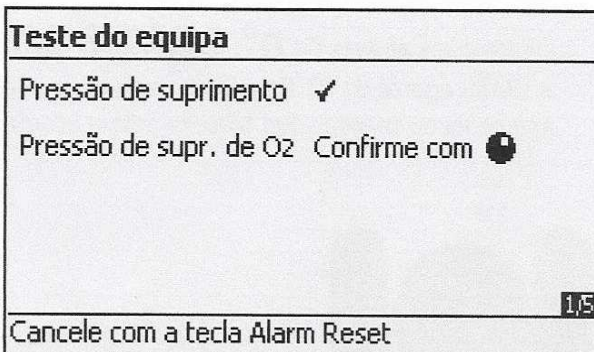
- Assegurar que o abastecimento de gás é conectado.



- Assegurar que o tipo de gás utilizado (oxigénio ou ar comprimido) é regulado, e confirmar.

Quando um tipo de gás falso foi configurado por acaso:

- Interromper o teste do aparelho com a tecla »Alarm Reset«.
- Corrigir o tipo de gás na configuração "Seleção do tipo de gás", e iniciar novamente o teste do aparelho.

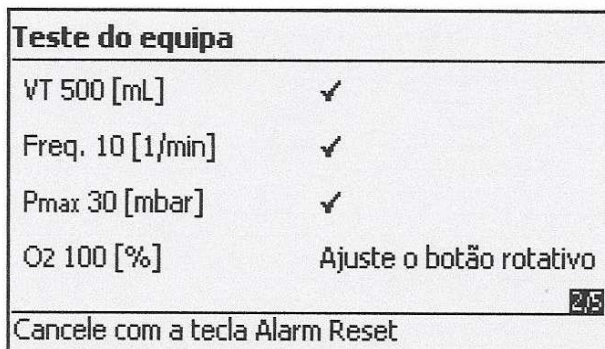
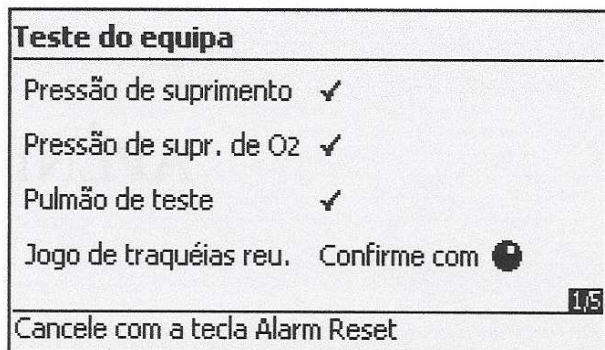
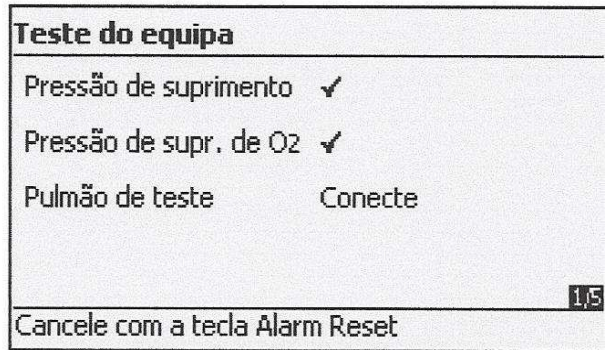


- Assegurar que o pulmão de controlo é conectado.

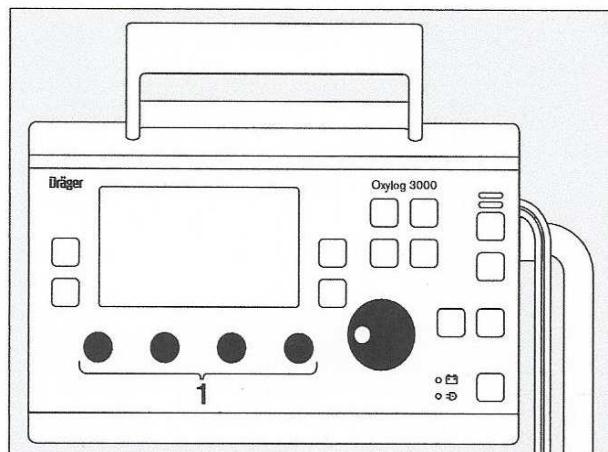
O próprio Oxylog 3000 controla se um pulmão de controlo foi conectado. Se o aparelho não reconhecer nenhum pulmão de controlo dentro de 1 minuto, interrompe o teste.

Quando o Oxylog 3000 reconhece o pulmão de controlo, continua o teste.

- Assegurar que o sistema de tubos configurado é conectado:
 - confirmar os acessórios de respiração não recuperáveis (conjunto não recuperável) ou
 - os acessórios de respiração recuperáveis (conjunto recuperável).
- Confirmar o conjunto respectivo, a segunda página do teste do aparelho aparece.

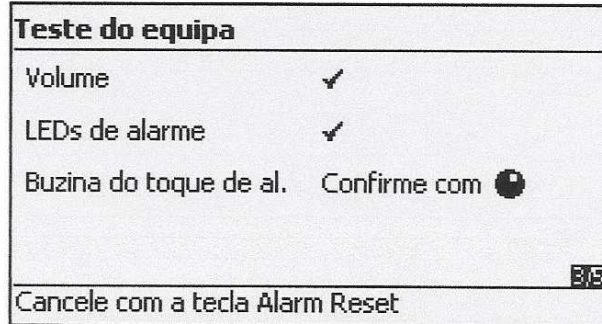


- 1 Regular os reguladores por baixo do ecrã nos valores exigidos.

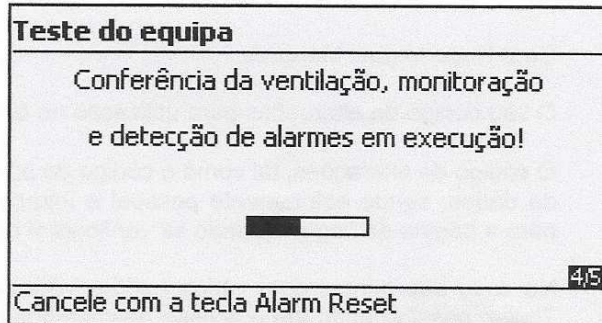


O Oxylog 3000 activa por ordem os alarmes acústico e óptico, e convida a confirmar o sinal respectivo.

- Confirmar os alarmes acústico e óptico.
- O teste decorre automaticamente a seguir.

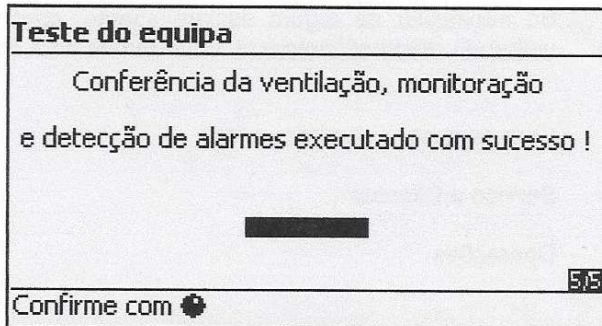
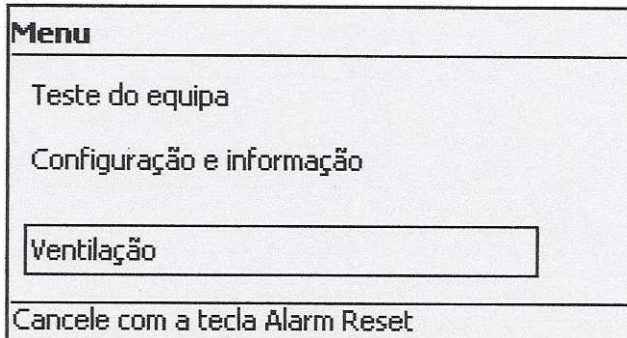


O aparelho controla a dosagem de fluxo, o estabelecimento de pressão e os alarmes durante o decurso automático do teste. Ruidos correspondentes de serviço podem ser ouvidos. A indicação de fita marca o decurso do teste.



O Oxylog 3000 indica o resultado:

- Confirmar, o aparelho volta para o ecrã de selecção.



APÊNDICE III – Proposta de instrução de trabalho
Desfibrilador/Monitor Heartstart XL



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Desfibrilador/Monitor Heartstart XL

Proposta de instrução de trabalho



Autora: Ana Mafalda Lucas Marcos

Co Autora: Prof.^a Doutora Irene Oliveira

Sob orientação: C. B.

Porto, Janeiro de 2019

Proposta de instrução de trabalho para o Desfibrilador/Monitor Heartstart XL (sala de emergência)

3. Objetivos

- a) Descrever a manutenção e funcionamento do Desfibrilador/Monitor XL na ótica do utilizador
- b) Uniformizar a utilização do aparelho pela equipa

4. Descrição

2.1. Manutenção

Testes de funcionamento

- Executar diariamente pelo enfermeiro destacado para a sala de emergência
- Realizar a verificação das pás externas
 - Desligar o cabo de alimentação da tomada;
 - Verificar se as duas pás estão nos respectivos suportes e o cabo ligado ao monitor;
 - Rodar o botão Energia/Selec até Manual Lig ou DEA Lig e pressionar, simultaneamente, a tecla Faixa;
 - Seguir os comandos do visor até finalizar o teste e ser impresso um relatório;
 - Assegurar que todos os passos são aprovados;
 - Se a mensagem Revis.Aparelho aparecer, consultar o manual do aparelho, comunicar ao coordenador da equipa bem como ao técnico responsável;
 - Após a impressão da tira de confirmação de teste OK, assinar e colocar a data.
- 5. Realizar a verificação das pás-eletrodos
 - Conectar a carga de 50ohms para teste no cabo das pás-eletrodos;
 - Desligar o cabo de alimentação da tomada;
 - Rodar o botão Energia/Selec até Manual Lig ou DEA Lig e pressionar, simultaneamente, a tecla Faixa;
 - Seguir os comandos do visor até finalizar o teste e ser impresso um relatório;
 - Assegurar que todos os passos são aprovados;
 - Se a mensagem Revis.Aparelho aparecer, consultar o manual do aparelho, reportar ao coordenador de equipa para ser solicitada a respetiva inspeção técnica/reparação.

2.2. Funcionamento

a) Desfibrilação no modo Manual

Utilização de pás externas

- Rodar o botão Energia/Selec até ao nível desejado (as opções variam de 2 a 200 Joules);
- Pressionar a tecla ATIVAR CARGA, até alcançar o nível de energia selecionado é emitido um som intermitente, passando a um som contínuo quando totalmente carregado;
- Confirmar que as pás estão conectadas ao desfibrilador;
- Remover as pás retirando-as dos suportes;
- Aplicar o gel hipoalérgico e solúvel em água ou placas de gel preconizados pela instituição;
- Colocar as pás no peito do cliente, usando o posicionamento correto;
- Verificar se as condições de segurança estão cumpridas;
- Otimizar o contato com o cliente ajustando a pressão e o posicionamento da pá até o indicador de contato da pá exibir luz verde;
- Pressionar a tecla choque para efetuar o disparo com as pás-eletrodos ou pressionar simultaneamente os botões de choque localizados nas pás;
- Descarregar o desfibrilador pressionando a tecla PARAR CARGA.

Utilização de pás-eletrodos

- Rodar o botão Energia/Selec até ao nível desejado (as opções variam de 2 a 200 Joules);
- Aplicar as pás-eletrodos de acordo com as indicações da embalagem;
- Pressionar a tecla ATIVAR CARGA, até alcançar o nível de energia selecionado é emitido um som intermitente, passando a um som contínuo quando totalmente carregado;
- Conectar as pás-eletrodos ao cabo próprio do desfibrilador;
- Verificar se as condições de segurança estão cumpridas;
- Pressionar a tecla choque para efetuar o disparo com as pás-eletrodos ou pressionar simultaneamente os botões de choque localizados nas pás;
- Descarregar o desfibrilador pressionando a tecla PARAR CARGA.


b) Estimulação cardíaca transcutânea não-invasiva

1. Colocar as pás-eletrodos conforme as instruções da embalagem;
2. Conectar as pás-eletrodos ao desfibrilador;
3. Conectar os elétrodos de monitorização do ECG ao cabo do desfibrilador;
4. Rodar o botão Energia/Selec para Manual Lig;
5. Pressionar a tecla MARCAPASSO, deve acender o LED verde próximo da tecla e aparecer um quadro de diálogo no visor;

6. Verificar se os marcadores de ponto estão próximos da parte central dos complexos QRS do ECG (se os marcadores de ponto não aparecerem ou estiverem na posição errada, ajustar o tamanho e derivação de ECG);
7. Pressionar a tecla MODO para selecionar o modo assíncrono (fixo) ou modo demanda;
8. Ajustar a frequência pressionando \wedge \vee na tecla FREQUÊNCIA;
9. Pressionar a tecla INICIAR/PARAR para iniciar a estimulação cardíaca;
10. Pressionar \wedge na tecla SAÍDA até a estimulação ser eficaz;
11. Pressionar a tecla INICIAR/PARAR para interromper a estimulação;
12. Pressionar a tecla MARCAPASSO para sair da função, o LED verde desliga-se.

c) Cardioversão sincronizada

Utilização de pás externas

- Obter consentimento informado;
- Rodar o botão Energia/Selec para Manual Lig. até ao nível desejado;
- Utilizar o botão DERIVAÇÃO SELECION para selecionar a melhor derivação, a que apresente um complexo QRS grande, se necessário;
- Usar o controle de ganho  para ajustar o tamanho do ECG, de forma a que o ponto do marcador apareça uma única vez em cada onda R (Figura 1);
- Pressionar o botão localizado na parte inferior do visor, imediatamente abaixo do SINC ATIV/DESAT apresentado no monitor, para ativar o modo Sinc. A mensagem SINC aparece quando o desfibrilador está ativado para choques sincronizados
- Confirmar que as pás estão conectadas ao desfibrilador;
- Remover as pás retirando-as dos suportes;
- Aplicar o gel hipoalérgico e solúvel em água ou placas de gel preconizados pela instituição, usando o posicionamento correto;
- Colocar as pás no peito do cliente;
- Verificar se as condições de segurança estão cumpridas;
- Pressionar e segurar a tecla CHOQUE para efetuar o disparo ou pressionando simultaneamente os botões de choque localizados nas pás até que o choque seja disparado;
- O desfibrilador dispara o choque juntamente com a próxima onda R detetada.

Utilização de pás-eletrodos

- Obter consentimento informado;
- Colocar as pás-eletrodos multifuncionais de desfibrilação no doente, conforme instruções da embalagem. O posicionamento pode ser antero-anterior ou antero-posterior, conforme for mais adequado;
- Rodar o botão Energia/Selec para Manual Lig. até ao nível desejado;
- Utilizar o botão DERIVAÇÃO SELECCION para seleccionar ELETRODOS;
- Pressionar o botão localizado na parte inferior do visor, imediatamente abaixo do SINC ATIV/DESAT apresentado no monitor, para ativar o modo Sinc. A mensagem SINC aparece quando o desfibrilador está ativado para choques sincronizados
- Confirmar que as pás estão conectadas ao desfibrilador;
- Verificar se as condições de segurança estão cumpridas;
- Pressionar e segurar a tecla CHOQUE para efetuar o disparo;
- O desfibrilador dispara o choque juntamente com a próxima onda R detetada.

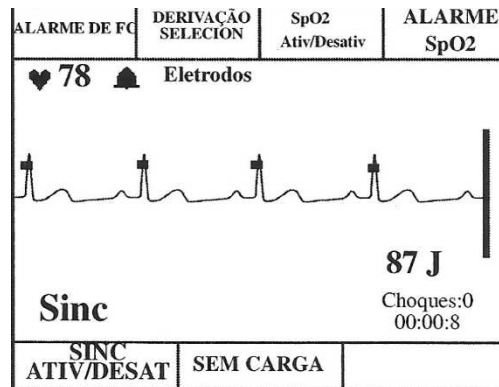


Figura 1 – Ponto que assina-la a onda R

**APÊNDICE IV – Proposta de procedimento de enfermagem
para a pessoa submetida a Intubação Endotraqueal**



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Proposta de procedimento de enfermagem para a pessoa
submetida a Intubação Endotraqueal**

Autora: Ana Mafalda Lucas Marcos
Co Autora: Prof.^a Doutora Irene Oliveira
Sob orientação: C. B.

Porto, Janeiro de 2019

Proposta de procedimento para a

Proposta de procedimento de enfermagem para a pessoa submetida a Intubação Endotraqueal

5. Objetivos

- a) Descrever material utilizado no procedimento
- b) Descrever os cuidados de enfermagem antes e após o procedimento
- c) Uniformizar o procedimento de enfermagem

6. Material Utilizado

- Laringoscópio com lâminas de vários tamanhos;
- Tubo endotraqueais (TET) de vários calibres;
- Seringa de 20cc;
- Fio guia;
- Xilocaína gel ou spray;
- Fita de nastro ou material para fixar o TET;
- Almofada ou rolo para posicionamento do pescoço em hiperextensão;
- Fonte de O₂;
- Ambu pronto a ser utilizado, com máscaras de vários tamanhos e filtro;
- Ventilador mecânico (Maquet® Servo i) que encontra pronto a ser utilizado;
- Terapêutica prescrita preparada;
- Sistema de aspiração de secreções pronto a utilizar;
- Equipamento de proteção individual (EPI) adequado.

7. Cuidados de enfermagem

Antes do procedimento:

- Colocar o equipamento de proteção individual conforme preconizado na instituição;
- Conectar ambu à fonte de O₂ a 15l/min;
- Testar a fonte luminosa do laringoscópio;
- Insuflar e desinsuflar o balão, testando sua integridade;
- Remover prótese dentárias;
- Administrar terapêutica prescrita;
- Disponibilizar o material anteriormente preparado e testado;
- Hiperextender o pescoço;
- Aspirar naso oro faringe;
- Colaborar no procedimento.

Depois do procedimento:

- Insuflar o cuff o suficiente para evitar fuga de ar entre a traqueia e o tubo (se existente utilizar cufómetro para hiperinsuflação);
- Proceder à aspiração traqueal;
- Fixar o tubo com fita de nastro (o tubo não deve ficar demasiado tracionado para evitar lesão por dispositivo médico, se necessário proteger a pele com penso adequado);
- Observar movimentos respiratórios, expansibilidade e bilateralidade do tórax (auscultar com estetoscópio), ritmo, frequência e sinais de hipoxia;
- Conectar o doente ao ventilador em funcionamento (confirmar se módulo ventilatório e parâmetros introduzidos estão corretos);
- Observar adaptação do doente à ventilação mecânica, se desadaptado agir em conformidade;
- Observar e registar número do tubo e o nível a que se encontra à comissura labial;
- Descartar o equipamento de proteção individual conforme preconizado pela instituição;
- Registar o módulo e os parâmetros ventilatórios;
- Aspirar a orofaringe e traqueia sempre que necessário: recorrendo à função de aspiração assistida do ventilador, o procedimento é realizado com maior segurança.

APÊNDICE V – Estudo de caso em contexto de Serviço de Urgência



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Ana Mafalda Lucas Marcos

Porto, Novembro de 2018

ÍNDICE

1.	<u>INTRODUÇÃO</u>	155
2.	<u>DESCRIÇÃO DO CASO E PLANO DE CUIDADOS</u>	157
3.	<u>REFLEXÃO</u>	159
4.	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	161

INTRODUÇÃO

Decorrente do Estágio do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, propôs-me a realizar um estudo de caso, um exercício que permitirá uma reflexão acerca das práticas.

A abrangente amplitude de um estudo de caso é uma forma facilitadora de abordar situações/problemas que fomentam o desenvolvimento e o conhecimento em Enfermagem. Na abordagem ao doente crítico, o enfermeiro especialista identifica, o mais rápido possível, os problemas do doente, tendo competências para “prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhe os efeitos indesejáveis” (OE, 2011). Para tal é necessário uma linguagem que forneça uma terminologia comum para a prática da profissão. Desta necessidade surgiram várias taxonomias, entre elas a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2), a Nursing Outcomes Classification (NOC) e a Nursing Interventions Classification (NIC).

Assim, foram recolhidos dados referentes a um doente, cujo nome é fictício, e apresentados os diagnósticos, intervenções de enfermagem a seguir e resultados.

DESCRIÇÃO DO CASO

O Sr. M, indivíduo do sexo masculino, de 83 anos de idade, deu entrada no Serviço de Urgência por dispneia, referindo dor torácica em aperto, acompanhado por elementos do INEM e pela filha. Na zona de triagem, após realização de fluxograma, foi-lhe atribuída prioridade laranja, realizado um eletrocardiograma que excluiu a hipótese de doença cardíaca e, posteriormente, encaminhado para a área laranja. A filha foi encaminhada para o gabinete de acompanhamento, para colocação de pulseira, e posteriormente para a sala de espera da área laranja. O Sr. M tem como antecedentes pessoais acidente vascular cerebral há dois meses (do qual resultou hemiparesia esquerda), DPOC, HTA e incontinência urinária, encontrando-se algaliado.

Num primeiro contacto, eu e a minha tutora abordamos o doente de forma a executar uma avaliação inicial geral. O doente encontrava-se consciente e orientado, no entanto com dispneia, tendo-lhe sido colocada oxigenoterapia por máscara de venturi. Após obtido o consentimento do doente, prestamos cuidados de conforto e, simultaneamente, efectuamos a avaliação da integridade cutânea e do estado geral do Sr. M. Foi colocado em posição de fowler, cateterizado um acesso venoso periférico e colhidas as análises prescritas, administrados diurético, corticoide e broncodilatador por inalação.

De seguida foi chamada a filha e explicados os procedimentos executados até então, bem como a necessidade do doente permanecer nesta área até estabilização. Foi, também, colhido o seu contacto. Com o diálogo que estabeleci com o doente e filha, colhi dados como o facto do Sr. M apresentar DPCO há 6 anos, fazendo em casa oxigénio e nebulizações; hipertensão arterial, sob medicação, que cumpre e um acidente vascular cerebral há 2 meses. Desde então terá ficado com hemiparésia esquerda, e acamado, necessitando da ajuda dos familiares para se mobilizar no leito, levante para o cadeirão e para os cuidados de higiene, sendo estes cuidados prestados pela filha e genro. Durante o dia permanece sentado num cadeirão, sem alternância de posicionamentos. Frequenta fisioterapia 2 vezes por semana. Referi-lhe a importância das mobilizações para prevenção de úlceras de pressão.

PLANO DE CUIDADOS

Diagnósticos/Foco de atenção: Padrão respiratório ineficaz

Intervenções:

- Prestar assistência ventilatória
- Controlar a via aérea
- Monitorizar parâmetros respiratórios
- Posicionar por forma a facilitar uma boa ventilação
- Estimular a tosse
- Ensinar medidas facilitadoras de um padrão respiratório eficaz
- Gerir oxigenoterapia
- Administrar terapêutica prescrita

Resultado esperado: ventilação eficaz

Diagnósticos/Foco de atenção: Autocuidado posicionar-se dependente em grau elevado

Intervenções:

- Assistir no autocuidado virar-se
- Controle do ambiente: segurança
- Prevenir quedas
- Posicionar membros com parésia
- Ensinar cuidadores a posicionar e importância deste cuidado.

Resultado esperado: Prevenção de complicações decorrentes da imobilidade

Diagnósticos/Foco de atenção: Sistema cardiovascular alterado

Intervenções:

- Controlo da pressão arterial
- Avaliar conhecimento relativo aos cuidados na HTA
- Ensinar medidas facilitadoras do controlo da pressão arterial
- Aconselhar a não exercer esforços excessivos
- Administração de terapêutica prescrita;

Resultado esperado: Prevenção de complicações decorrentes da Hipertensão arterial

REFLEXÃO

Cada vez mais há necessidade de adquirir novos conhecimentos teóricos e práticos, maior capacidade de decisão e verifica-se, também, uma necessidade crescente de registar e comunicar mais, de modo a promover a evolução da profissão de Enfermagem, acompanhando os avanços tecnológicos e utilizando uma linguagem própria e comum.

No contexto de urgência o enfermeiro depara-se, maioritariamente, com situações agudas, às quais tem de dar resposta em tempo útil, pelo que o processo de enfermagem surge como um desafio, uma vez que esta resposta tem de ser implementada frequentemente numa questão de minutos.

Segundo a DGS (2010), a DPOC é responsável por um consumo elevado de fármacos, de oxigenoterapia, de ventiloterapia domiciliária de longa duração e de recursos de saúde associados à elevada frequência de idas ao serviço de urgência e de internamentos hospitalares evitáveis, normalmente prolongados. Assim, a DGS (2011) salienta a importância da prevenção e controlo da doença, recorrendo a ações de educação de acordo com a evidência científica, que promova o conhecimento da doença, estilos de vida saudáveis e a diminuição da exposição a fatores de risco. No serviço de urgência, o enfermeiro vê-se obrigado a estabelecer prioridades no sentido de dirigir a sua ação sobre o foco que compromete as funções vitais do doente naquele momento, incorrendo o risco de não executar uma avaliação holística do mesmo. Tal atitude pode, por este facto, resultar numa intervenção incompleta, à qual escapam fenómenos por resolver, o que levará, inevitavelmente a uma nova recorrência ao Serviço de Urgência.

O Sr. M apresenta, em concordância com o acima descrito, um número significativo de idas ao SU, maioritariamente por infeções respiratórias. Assim, esclareci a filha quanto à prevenção das agudizações que passa pela vacinação antigripal, prevenção da doença pneumocócica, não exposição a ambientes poluídos e pelo correto tratamento da DPOC, tal como descreve Araújo (2016). Quanto às queixas que o levaram ao serviço de urgência, sendo o Sr. M hipertenso, com história de AVC, tem maior propensão a desenvolver um enfarte do miocárdio.

Segundo Araújo (2016), pelo elevado número de internamentos/idas à urgência, a DPOC é das patologias respiratórias de maior impacto socioeconómico e representa hoje um dos grandes desafios em saúde pública. Então a questão que se coloca é se a enfermagem pode intervir para reduzir esse impacto, melhorando a qualidade dos serviços prestados.

A aplicação do processo de enfermagem é uma ferramenta facilitadora para a identificação dos problemas, permitindo-me estabelecer diagnósticos e a planear e implementar intervenções de Enfermagem adequadas, fazendo avaliações constantes para verificação da sua eficácia (DGS, 2012).

Para Souza et al (2013), o processo de enfermagem representa uma alternativa de reaproximação do enfermeiro com seu cliente, entendendo-se o mesmo com um instrumento metodológico de trabalho, que possibilita a análise crítica sobre as condições de saúde do cliente e efetiva a atuação dos profissionais de enfermagem.

Assim, o processo de enfermagem permite fornecer uma matriz que pode satisfazer as necessidades do indivíduo, família e comunidade, focalizar a atenção do enfermeiro nas respostas humanas individuais, proporcionar um método sistemático e organizado de resolução de problemas, minimizando erros e omissões, promover o envolvimento ativo do doente no seu processo de saúde, fornecer uma linguagem comum para o exercício da profissão, reforçar a continuidade de cuidados, proporcionar um meio de avaliação dos resultados a atingir, bem como da contribuição económica dos cuidados de enfermagem (Paiva, 1995).

Segundo Paiva (1995), é através da aplicação do processo de enfermagem que se obterá um padrão de qualidade de cuidados, resultando num sistema viável que é reconhecido como corpo de conhecimentos da profissão e que pode ser partilhado com outros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Araújo, A.** (2016). DPOC: estamos a tratar os doentes conforme o estado da arte?. Artigo - Rev Port Med Geral Fam.
2. **Campos, S.** (2014). Necessidades da Família em Cuidados Intensivos: Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. Dissertação de Mestrado. ICBAS – Universidade do Porto.
3. **Castro, D.** (1999). Estresse e Estressores dos Familiares de Pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico em Terapia Intensiva. Tese de Doutoramento – Escola de Enfermagem Ana Nery, UFRJ, Rio de Janeiro.
4. **Figueiredo, M.** (2009). Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar. Tese de Doutoramento em Repositório Aberto da Universidade do Porto. ICBAS – Universidade do Porto.
5. **International Council of Nurses.** (2013). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. [Online em Janeiro de 2019]. www.ordemenfermeiros.pt .
6. **Ordem dos Enfermeiros** Assembleia do Colégio da Especialidades de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de especialidade em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.

