



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

NO LIMAR DA ESPERANÇA

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

Por Aires Ademar Gonçalves Moutinho

PORTO, Maio de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

NO LIMIAR DA ESPERANÇA

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

Por Aires Ademar Gonçalves Moutinho

Sob orientação de Professora Irene Oliveira

PORTO, Maio de 2011

“Cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação, fruto do que é e do que o contexto vivencial lhe permite que seja, fruto do que quer ser e do pode ser”
(Alarcão, 1997)

RESUMO

No âmbito do 3^a Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), este relatório pretende reflectir criticamente e dar significado objectivo aos conteúdos idealizados no projecto de estágio que ocorreu entre 19/04/2010 e 29/01/2011, descrevendo-se os módulos realizados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de São João, no Serviço de Urgência do Hospital de São Sebastião e na Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica, sua justificação, escolha, opção e caracterização sumária dos locais de estágio, utilizando-se metodologia descritiva e analítica através da reflexão e descrição das diferentes actividades efectuadas.

O desenvolvimento está organizado por objectivos gerais e pessoais definidos no plano de estudos previamente delineados. No Domínio da responsabilidade ética e legal, demonstrou-se competências de comunicação com conhecimentos aprofundados no relacionamento com a pessoa/ família em situação crítica comunicando com consistência informação relevante, correcta e compreensível, demonstrando conhecimentos e habilidades facilitadoras da “*dignificação da morte*” e dos processos de luto. No Domínio da melhoria da qualidade, promover e participar em projectos do serviço, na área da EMC, era um dos objectivos, a alcançar pelo que foi elaborado documento “*Norma da Via Verde de Trauma*” para posterior análise e ratificação, tendo por finalidade a sua implementação. No Domínio da gestão dos cuidados ao desenvolver um estudo de caso/plano de cuidados salienta-se importância do papel do prestador de cuidados (esposa) na prestação dos mesmos. O Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, permite identificar necessidades formativas a prática da Enfermagem, pelo que foi elaborado um plano de sessão “*Técnicas De substituição Da função Renal / Plasmaférese*”, na UCIP em contexto de trabalho de forma formal ou informal devidamente articulada com acção. Já no contexto pré hospitalar, apoiada numa praxis pessoal foi efectuada uma acção de formação no âmbito das “*Emergências Associadas ao Insuficiente Renal no Pré Hospitalar*”.

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio, transcritos ao longo deste relatório permitiu identificar limitações ou dúvidas procurando resoluções adequadas, promovendo momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/prestados. Durante os três módulos de estágio, constata-se que a dor é um fenómeno comum, pela reflexão/acção percebe-se a necessidade, das intervenções autónomas de enfermagem no domínio não farmacológico, os seus registos, dificuldades, identificação, avaliação, documentação e controlo da mesma, relativamente aos direitos dos cidadãos, e consequentemente os deveres subjacentes dos profissionais que aí trabalham e a sua conduta, compreende-se a filosofia dos cuidados prestados, realçando o dever do sigilo profissional, o acompanhamento dos doentes num serviço de urgência e na abordagem do doente terminal percebendo que é urgente haver alterações ao nível das instituições e dos próprios profissionais de saúde, onde o morrer deve ultrapassar os limites do interesse individual e abranger o colectivo.

ABSTRACT

Under the 3rd Masters in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing (EMC), this report aims to critically reflect and give meaning to content idealized goal in the draft stage that occurred between 19/04/2010 and 29/01/2011, describing modules are made in the Polyvalent Intensive Care Unit, Hospital of St. John in the emergency department of Hospital de São Sebastião and the North Regional Branch of the National Institute of Medical Emergency, their rationale, choice and a brief description of the local stage, using descriptive and analytical methodology through the analysis and description of the different activities performed.

The development is organized by general and personal objectives defined in the study plan outlined previously. In the field of legal and ethical responsibility, it was demonstrated communication skills with expertise in relationship with the person / family in a critical situation by communicating relevant information consistently, correctly and comprehensively, demonstrating knowledge and skills that facilitate "dignified death" and grieving processes. With regard to improving quality, promoting and participating in service projects in the area of EMC, was one of the objectives to be achieved by that document was prepared "standard of Via Verde Trauma" for further consideration and ratification, the purpose of the implementation. In the field of managed care to develop a case study / care plan it is stressed importance of the carer (wife) in the provision thereof. The Dominion of learning development professionals identifies training needs of nursing practice, so a plan was drafted session "Techniques of renal function replacement / Plasmapheresis, in UCIP the workplace in a formal or informal appropriately coordinated with action. In the pre-hospital context, supported by a personal praxis was made a training program under the "Emergencies in Renal Failure Associated with Low Pre Hospital."

The work done over the stage, transcripts throughout this report identified limitations or doubts seeking appropriate resolutions, providing moments of critical reflection on the practice of nursing observed / provided. During the three training modules, it is clear that pain is a common phenomenon, the reflection / action realizes the necessity of autonomous nursing interventions in the non-pharmacological, their records, difficulties, identification, evaluation, documentation and control of the same, concerning the rights of citizens and thus the underlying duties of the professionals who work there and their conduct, understands the philosophy of care, emphasizing the duty of professional secrecy, the monitoring of patients in the emergency department and approach to the terminally ill realize that there is an urgent changes in institutions and health professionals themselves, where the die exceed the limits of individual interest and collective cover.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Católica por me ter proporcionado momentos únicos de aprendizagem e de partilha de conhecimentos.

Às instituições e às pessoas que me acolheram nos diferentes módulos de estágio, pela energia e dedicações dispensadas na sua realização.

À Professora Irene Oliveira, pelo acompanhamento, disponibilidade e orientação ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de curso e amigos (Almerinda Soares e Cristina Neves), pela cumplicidade, amizade, carinho e compreensão concedidos nos bons e maus momentos e por acreditarem que eu chegaria ao fim desta etapa, mesmo quando eu próprio tive dúvidas.

A minha família.

A todos o meu muito obrigado.

LISTA DE SIGLAS

BIPAP – Bilevel Positive Airway Pressure

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CJ – Conselho Jurisdicional

CVC – Catéter Venoso Central

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DR – Diário de República

DGS – Direcção Geral de Saúde

DL – Decreto-lei

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HSJ – Hospital São João

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

SAPE – Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

UCI – Unidade de Cuidados intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados intensivos Polivalente

UDC – Unidade de Decisão Clínica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	13
2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	23
3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	35
4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	49
5. CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS	67
ANEXO I – “Norma da Via Verde do Trauma ”	
ANEXO II – “ Focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem na UCIP ”	
ANEXO III – “Folha dos Registos de Enfermagem no SU ”	
ANEXO IV – “Estudo de Caso / Plano de Cuidados no SU”	
ANEXO V – “Foco Comunicação Expressiva / Processo Familiar ”	
ANEXO VI – Plano de Formação “ Emergências Associadas ao Insuficiente renal no Pré - Hospitalar ”	
ANEXO VII – Powerpoint “ Emergências Associadas ao Insuficiente renal no Pré - Hospitalar ”	
ANEXO VIII – Questionário “ Identificação de Necessidades Formativas na UCIP “ Interpretação Analítica do Questionário	
ANEXO IX – Plano da Sessão “Técnicas De substituição Da função Renal / Plasmaférese “na UCIP.	
ANEXO X – “Plasmaférese na UCIP”, Contextualização teórico/Prática.	
ANEXO XI – “Hemodiálise/Sleed na UCIP”, Contextualização teórico/Prática.	

0. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Relatório inserido no plano de estudos do 3º Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área da especialização. De acordo com o mesmo plano, a unidade curricular Estágio foi dividido em três Módulos: Módulo I – Serviço de Urgência (SU); Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Módulo III – Opcional. A cada um deles correspondem 180h de contacto e 70h de trabalho individual, perfazendo um total de 750h de trabalho.

Os estágios foram realizados em serviços e unidades de saúde protocoladas com a Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde que ofereceram condições para a realização dos mesmos e simultaneamente orientados por um professor da área, e tutorados por enfermeiros especialistas/peritos com experiência profissional relevante na área da EMC.

O Módulo I foi concretizado no Serviço de Urgência (SU), do Hospital de São Sebastião (HSS), agora designado de Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga (CHEDV), entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010. Este hospital foi criado em 1996, entrou em funcionamento a 4 de Janeiro de 1999 e está localizado na cidade de Santa Maria da Feira. O SU deste hospital é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, sendo o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/ emergência. Cumpre com os requisitos exigidos pela Direcção Geral de Saúde, sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispondo das valências clínicas e serviços de apoio necessários e estando articulado a um nível superior com a Urgência Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNG).

O SU é um dos locais qualificados para assumir a responsabilidade integral do doente urgente e emergente, que vivencia processos de saúde/doença crítica e falência orgânica ou multiorgânica, passível de originar risco de vida. O facto de trabalhar num hospital central polivalente, motivou-me a conhecer outras realidades, em áreas de intervenção na periferia e concelhos limítrofes. A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o facto do serviço de urgência Hospital de São Sebastião (HSS), agora designado de Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga (CHEDV) ser uma urgência Médico-Cirúrgica e um serviço excelente para desenvolver competências na avaliação destas situações que tem por base a tomada de decisão rápida e objectiva, em função de critérios clínicos rigorosos, essencial para crescimento e desenvolvimento nesta área tão específica.

O Módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital de S. João (HSJ) - EPE, no período compreendido entre 04 de Outubro a 27 de Novembro 2010. O Hospital de São João (HSJ) é o maior hospital do norte, é um hospital universitário

com uma ligação umbilical à Faculdade de Medicina do Porto. Presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto e concelhos limítrofes. Actua como centro de referência para os distritos do Porto (com excepção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo.

Sendo a UCIP o local mais qualificado para assumir a responsabilidade integral e contínua dos cuidados a doentes críticos, ou potencialmente críticos, com disfunção multiorgânica, o enfermeiro especialista na UCI necessita pensar de forma crítica, analisar os problemas de saúde, encontrar soluções para os mesmos, assegurando sempre a sua prática dentro dos princípios éticos e deontológicos da profissão.

A escolha por este campo de estágio surgiu a partir de uma motivação pessoal de desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente crítico, especificamente no âmbito dos cuidados intensivos nomeadamente nas técnicas de substituição renal/plasmaférese, resultante da minha experiência profissional/colaboração com a unidade na área da formação, o enfermeiro de cuidados intensivos actua nos processos educativos dos profissionais da equipa multidisciplinar, em situações de trabalho, proporcionando condições para que resulte um benefício mútuo entre todos os profissionais, num compromisso contínuo com seu próprio desenvolvimento profissional e responsabilizando-se ainda pelo processo de educação para a saúde dos doentes e seus familiares.

O Módulo III- Opcional na área da assistência pré-hospitalar foi realizado no período compreendido entre 29 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

No sentido de compreender a organização e funcionalidade das diferentes equipas de profissionais e dos meios de socorro do INEM envolvidos, nomeadamente o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), a Viatura de Emergência Médica e Reanimação (VMER), as ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Imediato de Vida (SIV) e as respectivas bases hospitalares, escolhi a assistência pré-hospitalar (PH), entre as várias opções previamente propostas como local de estágio.

Encaro o trabalho no Pré Hospitalar complexo, intenso e exigente, o enfermeiro desempenha um papel extremamente importante no cuidado à pessoa vítima de doença súbita e/ou acidente, identificando as principais situações emergenciais, aquisição de competências que permitam a resolução, a aplicação de algoritmos e por ultimo a tomada de consciência da importância do trabalho em equipa. A sua presença é fundamental porque possui competências humanas, técnicas e científicas, que lhe permite actuar de forma autónoma e interdependente, integrado numa equipa especializada, em situações de emergência, constituindo uma mais-valia formação pessoal e profissional.

Pretende-se com o estágio uma forma prática de realizar a enfermagem, uma importante etapa no processo de aprendizagem, uma vez que a experiência que se adquire é um perfeito complemento da parte teórica. Assim, os estágios colocam o aluno perante situações reais, tendo a necessidade de colocar em prática a matéria aprendida a nível teórico, “ *aprender fazendo*”.

A realização do Estágio clínico no contexto da Especialidade Médico-Cirúrgica tem por objectivo assegurar, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridas em contacto directo com o doente crítico, a aprendizagem do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro aplica os conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais, transforma os conhecimentos em saberes e saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitem a construção das competências e do agir profissional adequado a cada situação.

A procura de respostas, para compreender as alterações que estas situações provocam nos próprios doentes e no agregado familiar ou próximos, as respectivas adaptações, expectativas e anseios, justifica a contextualização destes módulos de estágio, na obtenção de conhecimentos, aquisição de competências e atitudes reflexivas, em situações de diferentes estádios de doentes críticos. Na verdade, e parafraseando Meleis *et al.* (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências

A elaboração deste relatório é um momento de auto-avaliação e reflexão que permite desenvolver competências de avaliação que se debruçam sobre o trabalho e experiências pessoais, pelo que enquanto ferramenta pedagógica pode ser descrito como uma colecção organizada e planeada de trabalhos produzidos, de forma a poder proporcionar uma visão alargada e detalhada da aprendizagem efectuada, bem como das diferentes componentes do seu desenvolvimento cognitivo e afectivo.

O relatório, não é em si mesmo um fim, mas um processo que ajuda a desenvolver a aprendizagem, permite ter um olhar crítico sobre o que se fez, como se fez, no decurso da actividade realizada de uma amostra diversificada e representativa, reavaliando estratégias necessárias para vencer com sucesso os obstáculos ao longo de um período de tempo, que cobre a abrangência, a profundidade e o desenvolvimento conceptual, facultando uma reflexão sobre conhecimentos teóricos e práticos inerentes aos cuidados de enfermagem realizados no contexto do estágio e todas as actividades que aí se realizam contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências como enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, “ (...) é o profissional de Enfermagem que assume um atendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma

resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” [...] que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (Ordem dos Enfermeiros, 2007: 14-15). Na nota de apresentação à especialidade Médico-cirúrgica a Universidade Católica Portuguesa afirma-a como a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico (UCP 2009).

Pretendo com este relatório reflexivo descrever de forma sucinta, o enquadramento orgânico dos locais de estágio, as actividades desenvolvidas, a minha evolução e conclusões tiradas, descrever o percurso realizado no decurso do estágio bem como as principais dificuldades encontradas, facilitar os processos de auto e hetero-avaliação, através da compreensão do percurso efectuado, numa perspectiva de Especialidade de Enfermagem como uma forma de Enfermagem Avançada, com desenvolvimento de competências nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, na gestão da qualidade, na gestão dos cuidados, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais e nas competências específicas em médico-cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A metodologia utilizada para a realização deste documento é do tipo descritivo, atendendo sempre a uma melhor compreensão do tema, baseada na pesquisa bibliográfica/cibergráficas, na mobilização de conhecimentos adquiridos nas aulas teórico-práticas da EEMC, apoiada na minha vivência profissional e académica e numa forte componente pessoal de reflexão a partir de situações reais.

Este relatório foi elaborado no sentido de contextualizar a evolução do meu desenvolvimento aliado à minha prática, é constituído por três partes, identificadas por introdução, desenvolvimento do trabalho e conclusão.

Na introdução abordo os módulos realizados e a respectiva justificação, escolha e caracterização sumário dos locais de estágios, objectivos do trabalho, metodologia utilizada e a sua estrutura. O desenvolvimento está organizado por objectivos gerais definidos no plano de estudos, objectivos pessoais previamente delineados no projecto de estágio, por áreas de competência: Domínio da responsabilidade ética e legal; Domínio da melhoria da qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, relatando as experiências que após análise crítica e reflexiva considere mais significativas, apresentando-as de forma organizada e fundamentada, de modo que permitam documentar a minha evolução no sentido da aquisição das competências que são esperadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A conclusão incide sobre a concretização dos objectivos propostos, dos resultados obtidos, aprendizagens e reflexões críticas, que permite mudanças de atitudes e comportamentos na prática profissional e pessoal em situações novas e não familiares em contextos multidisciplinares, que se vão reproduzir na aquisição de competências na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades

A Enfermagem de Urgência é desafiadora e complexa e envolve muito mais que os processos de doença, o Enfermeiro tem de lidar com as reacções por parte do doente e da família aos problemas de saúde reais ou potenciais. Percorre toda uma multiculturalidade e faixas etárias e inclui cuidados que vão do controlo da doença e prevenção de traumatismo, até medidas de reanimação para salvar a vida. Muito da prática do enfermeiro da urgência envolve perspicácia, inteligência, capacidade analítica e científica, na recolha de dados e qualidades de reflexão crítica na tomada de decisões.

Tive a oportunidade de integrar uma equipa de profissionais dinâmica, humana e acolhedora, empenhada na prestação de cuidados de qualidade que manifesta respeito e confiança mútua, proporcionando um ambiente de trabalho salutar. Durante o percurso do estágio, não só me apercebi como vivenciei situações e factos que me fizeram reflectir, nomeadamente o acompanhamento dos doentes num serviço de urgência, sabendo-se da importância do mesmo quer para o doente e a família ou outro por si designado, bem como até no próprio relacionamento com a equipa multidisciplinar, visto que permite uma relação de confiança e conforto, perspectivando um melhor atendimento e resultado.

Em 2009 entrou em vigor a Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho que reconhece e garante a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) o direito de ser acompanhado. Este acompanhamento deve ser feito por uma pessoa indicada pelo doente e sempre que a situação clínica deste não permita esta indicação, os serviços podem solicitar a demonstração do parentesco ou da relação invocados pelo acompanhante, mas não podem impedir o acompanhamento. Assim, detectei que estes procedimentos não estavam em conformidade com lei, pelo que comuniquei tal facto aos responsáveis do serviço, nomeadamente, na pessoa da Enfermeira Chefe e do Director do serviço, que me responderam informando-me que conheciam o teor da lei, mas que devido às limitações do espaço físico, tal procedimento seria difícil de implementar.

Descrevendo o meu curto percurso neste estágio, foi-me dada a oportunidade de efectuar uma *checklist*, com os devidos protocolos na Unidade de ressuscitação, juntamente com o meu tutor, estando em conformidade com os protocolos em vigor na instituição, este procedimento, revela-se fundamental e essencial para assegurar em situações críticas e imediatas, uma prestação eficaz, sem falhas e actualizada, de igual modo tive a oportunidade de assistir e

efectuar triagem de Manchester, onde pude consultar a literatura, manual de procedimentos e a sua funcionalidade. Constatei ser uma área que merece uma atenção e formação adequada, pois é um local onde a destreza e o raciocínio rápido é exigível, no sentido de se definir rapidamente uma tomada de decisão, que nem sempre é bem entendida pelos utentes e familiares, gerando por vezes conflitos.

O sistema de triagem de prioridades de Manchester, para a Instituição cumpre todos os requisitos acima descritos, permitindo a identificação das prioridades clínicas e a definição do tempo alvo. O estabelecimento de prioridades é a base da organização dos cuidados de Enfermagem, muito mais ainda quando se trata de um doente urgente/emergente em que uma má gestão de prioridades pode ser fatal.

Considero que muitas vezes os cuidados urgentes, assim como o stress vivido por parte dos utentes e profissionais, levam a que a humanização dos cuidados seja uma tarefa difícil não deixando, no entanto, de ser cumprida, assim prestar cuidados humanizados é uma meta que todos os enfermeiros deveriam empenhar-se em atingir. É a essência da Enfermagem, como tal, não poderia deixar de o apontar como um objectivo, não só neste estágio como em toda a minha vida profissional.

No início do estágio, considerei importante aprofundar o conhecimento acerca do Código Deontológico do Enfermeiro e da legislação aplicável. Como tal, consultei estes documentos no sentido de relembrar o seu conteúdo que a meu ver deve ser sempre integrado em qualquer que seja o contexto da prática de enfermagem.

Para assegurar a minha prática em conformidade com os princípios ético deontológicos e legais para a profissão, foi minha preocupação seguir a (*Legis Artis*), dando especial ênfase ao/à: Respeito pelo direito do cliente à informação – “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; Atender com responsabilidade e cuidado, todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” de acordo com o Código Deontológico em vigor segundo Decreto-Lei n.º 111/09 (Portugal, 2009). Neste sentido, tenho procurado aperfeiçoar a capacidade de resposta às solicitações dos clientes e/ou acompanhantes, dando especial atenção ao conteúdo transmitido, à adequação e clareza da linguagem usada no sentido de garantir que estes compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados, reforçando o anteriormente dito Deodato (2008) diz-nos que “O enfermeiro, através da sua prática profissional, assegura o direito ao cuidado dos cidadãos.”

Respeito pela privacidade do cliente – O direito à reserva da intimidade da vida privada é protegido, como direito fundamental no artigo 26º da Constituição da Republica Portuguesa. O segredo identifica-se com uma condição necessária à realização de certas relações interpessoais onde a intimidade entra em jogo: o respeito, o amor, a amizade, a confiança.

É o respeito por esta reserva sobre a intimidade do outro que fundamenta a existência de um dever de guardar segredo sobre a informação a que se tem acesso por via do exercício profissional, que de outra forma, não seria conhecida (Deodato, 2006). Como fundamento ético para este dever, considero, desde logo, o princípio da confiança em que assenta a relação do cuidado em enfermagem. É na confiança que reside a entrega do outro ao nosso cuidado, tal traduz-se por simples gestos como a colocação de um biombo, durante a prestação de cuidados de higiene ou a execução de procedimentos invasivos, à pessoa inconsciente que se encontra na sala de emergência, mas que mesmo assim mantém o seu direito à privacidade. Este é apenas um exemplo, entre muitos outros, uma vez que considero que a privacidade dos doentes deve ser sempre respeitada. Também, a partilha de informação é igualmente importante, se um doente tem reservas para com o enfermeiro, se não há garantia de confidencialidade, certamente estamos perante uma relação frustrada. A quebra dessa confiança poderá acarretar danos morais irreparáveis aos doentes, e ao próprio exercício da enfermagem. A partilha dessa informação é também salvaguardada, no artigo 85º do Código Deontológico de Enfermagem na alínea b), o enfermeiro deve “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”. (Portugal, 2009).

Respeito pelo direito do cliente à escolha e autodeterminação no que diz respeito aos cuidados de saúde – Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros artigo 84º, alínea b) sei que a decisão terapêutica já há muito deixou de ser exclusiva responsabilidade do profissional de saúde, para ser partilhada com o paciente e que em última instância a decisão é do paciente, que exprimirá a sua vontade, aceitando ou não a estratégia terapêutica proposta. No entanto, este é um aspecto que pode ser gerador de conflitos, uma vez que a vontade do cliente pode ir contra aquilo que nós, assumindo já o papel de profissionais de saúde, consideramos ser o melhor para o cliente. Segundo Sousa (2007:1), o consentimento informado em enfermagem é: “ (...) uma autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem”.

A compreensão (enquanto componente ético do consentimento informado) inclui a informação e o conhecimento quer da situação clínica, quer das diferentes possibilidades terapêuticas. Implica, por via de regra, o fornecimento de informação adequada sobre o diagnóstico, prognóstico e terapêuticas possíveis com os riscos inerentes, incluindo os efeitos da não realização de qualquer terapêutica. (Entidade Reguladora da Saúde, 2009:3)

Atendendo que do Enfermeiro se exige uma comunicação reflectida e estruturada que transmita com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, sempre que os esclarecimentos solicitados transcendiam a minha esfera de

competências encaminhei para o profissional melhor qualificado o esclarecimento das mesmas. Para promover a relação de ajuda, a comunicação em Enfermagem é um processo de interação onde se pretende transmitir informação, partilhar emoções, sentimentos e ideias, exigindo da parte do enfermeiro a capacidade de falar e de escutar (Neves e Pacheco, 2004). Com estas noções presentes adoptei sempre uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e informação, antecipando sempre que possível, as necessidades da família e do doente

Uma experiência vivenciada na UDC retrata bem esta situação. A narrativa refere-se a uma senhora de 37 anos, consciente e orientada, com antecedentes de asma e obesidade, e na altura com diagnóstico médico de pneumonia. Estava a cumprir oxigenoterapia por máscara de Hudson apresentava dificuldade respiratória evidente, que se traduzia por respiração superficial, polipneia, utilização dos músculos acessórios da respiração, sensação de falta de ar, baixa saturação de oxigénio, enorme cansaço. Dada a situação, foi prescrito pela equipa médica ventilação não invasiva por BiPAP.

O enfermeiro tutor e eu procedemos à implementação da prescrição médica. Inicialmente, explicamos à cliente as condições clínicas envolventes e a necessidade e benefícios do tratamento proposto, que esta pareceu compreender. No entanto, após a colocação da máscara facial, a cliente referia que a sua utilização agravava ainda mais a sua falta de ar e que não conseguia coordenar a sua respiração, com a pressão fornecida pelo BiPAP. Explicamos à cliente que era normal este desconforto inicial e que a utilização do BiPAP requeria uma adaptação, que uma vez alcançada a iria permitir respirar melhor e aliviar o cansaço.

Procurei adaptar os parâmetros do BiPAP, sob supervisão do Enfermeiro Tutor reforçar várias vezes os benefícios do BiPAP e explicar as consequências para a cliente em não aceitar a proposta terapêutica (que neste caso se traduzia por agravamento da dificuldade respiratória e consequente necessidade de entubação orotraqueal, que a cliente também recusava), mas mesmo assim a cliente referia que não conseguia suportar aquela máscara e que preferia a anterior. Esta chegou mesmo a questionar se o procedimento lhe estava a ser proposto ou imposto, ao que respondi que a senhora obviamente não era obrigada a nada, porém que os profissionais de saúde consideravam que aquela opção terapêutica era o melhor para ela, dada a sua situação clínica.

Dada a recusa da cliente, a equipa médica, utilizando uma comunicação confrontadora, tentou também esclarecer a cliente acerca dos benefícios do uso do BiPAP e sobretudo das complicações da sua não utilização.

Sabemos que a pessoa tem o direito de não consentir determinado procedimento. Porém, é confrangedor compreender que a pessoa recuse ou pareça não fazer um esforço para se adaptar ao que perante a sua situação clínica é considerado o melhor para ela.

Assim sendo, considero que não seria correcto obrigar o uso da máscara à cliente que a recusava, no entanto apesar do direito da pessoa à autodeterminação, considero que também não seria correcto desistir à primeira recusa da pessoa. Deste modo, admirei a persistência do enfermeiro tutor, juntamente comigo para que a pessoa gradualmente se fosse adaptando ao BiPAP, os esclarecimentos que este forneceu acerca do modo de funcionamento do BiPAP, dos benefícios da sua utilização e das consequências da sua não utilização, mesmo após a pessoa referir várias vezes que não suportava aquela máscara. Foi com esta persistência e dedicação que se conseguiu que a pessoa aceitasse a realização da ventilação não invasiva (embora com algumas interrupções), e diminuísse a dificuldade respiratória que esta apresentava inicialmente.

O avanço dos recursos disponíveis, reduziu dramaticamente a morbilidade e a mortalidade, mas as obrigações para com a pessoa estendem-se para além de tratar a doença, inclui um compromisso de providenciar à pessoa uma morte digna e sem sofrimento. Como nem sempre é possível ou recomendado prolongar as medidas de suporte de vida, os doentes em fase terminal, independentemente da causa, devem sempre ser vistos como pessoas, não devendo ser descorado todas as necessidades do doente.

A morte não é um conceito puramente biológico, pois exerce influências jurídicas, psicológicas, espirituais e sociais (Siqueira-Baptista, *cit. in* Reiriz et al, 2006). A evolução da técnica e da ciência permite atenuar muitos receios que temos face à morte como o poder de curar doenças e de reduzir as suas consequências é algo que tranquiliza os profissionais de saúde (Soares, 2004). No entanto, pode despoletar problemáticas, tal como Soares (2004:16) caracteriza, “muito mais da esfera ética do que da técnica”. O dilema que se origina de todo este poder traduz-se na seguinte questão: “prolongar a vida a todo o custo, ou permitir um fim de vida digno?” (Soares, 2004:17).

Uma das experiências que mais influencia um ser humano, que mais causa desconforto é a morte de um doente. Os profissionais de saúde são seres humanos, pessoas com sentimentos e emoções, e uma morte ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, também é um “choque” para o profissional de saúde. No decurso do estágio as várias as situações por mim vivenciadas na abordagem do doente terminal, nomeadamente expressões “obstinação terapêutica”, “não investir”..., permitiu-me num binómio de reflexão/acção um cunho de crescimento profissional e pessoal.

Assim, surgem dúvidas pertinentes, como por exemplo “Quais são os princípios dos cuidados que devem ser prestados aos doentes?”, “Qual a relação que deve existir entre o doente/profissional de saúde e seus familiares? “Deve-se preparar alguém para algo que não

conhecemos (morte), se sim como devemos fazer?”. Estas são dúvidas que a maioria dos profissionais de saúde possuem perante uma situação de morte, e eu não fujo a regra, e daí a necessidade de reflectir sobre este assunto.

Na sociedade em geral e no Hospital em particular, a morte é uma realidade muito difícil e dura, que muitas vezes não queremos vivenciar, mas que nos acompanha sempre. Num estágio de cuidados intensivos, porém, convivemos mais com a morte uma vez que os doentes entram em situações muito críticas e por vezes irreversíveis, onde é necessário a ponderação entre o risco/benefício, entre o “deixar viver” ou o “deixar partir”. Considero que não vale a pena fugir da morte, porque nos encontramos a cuidar de doentes que nos colocam nas nossas mãos a sua vida, pessoa que têm problemas de saúde, problemas graves e muitas vezes degenerativos. São sem dúvida aspectos muito complicados, mas a nossa atitude é importantíssima, onde temos que perceber que o doente não pode fugir da morte, então que nós não sejamos a segunda pessoa a tentar fugir dela.

Kubler-Ross (1998), pioneira na abordagem de pacientes no processo de morrer, defende a ideia que todo o mundo deveria ter uma “boa morte”. Uma boa morte significa não sofrer, significa a possibilidade de escolher onde morrer e com quem, para ter ao lado alguém que escute e que não o coloque sozinho, concluindo “Morrer com dignidade significa ter permissão de morrer com seu carácter, personalidade, com o seu estilo”. Mas esta escolha não é possível a doentes em situações clínicas como coma irreversível, frequente em cuidados intensivos, não querendo dizer que não terão uma “boa morte”, como a defendida por Kubler-Ross, em termos de escolha, mas terão todo o conforto. Preservando-se sempre a pessoa como um todo, com corpo e alma, nunca a desrespeitando.

Ao reflectir sobre esta realidade é urgente haver alterações ao nível das instituições e dos próprios profissionais de saúde, onde o morrer deve ultrapassar os limites do interesse individual e abranger o colectivo. Deve-se fornecer informação e orientação elementares na preparação da família para ajudar a enfrentar a realidade perante o doente, informações práticas, ou seja, o processo de morrer com dignidade tem que sair do formato teórico e passar a fazer parte da rotina dos hospitais e dos profissionais de saúde, é necessário que estes, tenham uma visão diferente da morte, da sua e da dos outros de forma a agirem com critérios que reclamem o respeito pela vida até ao último momento. “...Superem os medos e encontrem a paz, na certeza de que a vida é na sua ponta final que atinge toda a sua beleza, a sua plenitude. Mas nesta ponta final, o moribundo não pode ficar só, tem de ser acompanhado pelos seus, aqueles que estiveram com ele na vida e a quem vai deixar uma mensagem de realização.” Feytor Pinto (1991).

Muitos dos aspectos tratados durante a reflexão foram apreendidas, na convivência diária com os doentes e suas famílias na UCIP, que se tornam nossos mestres na vivência do processo de morte. As dificuldades das vivências que são sentidas pelo cliente e família, permitiu-me

abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, fundamentalmente na minha área de especialização.

Vivenciei no decorrer do estágio na SIV de Santo Tirso, um episódio que me marcou profundamente, um fenómeno da actualidade que se prende com a violência doméstica. Na sequência da activação fomos solicitados para assistir a uma vítima com indisposição com perda de consciência na via pública. À chegada ao local, deparamo-nos com uma mulher de 49 anos, já relativamente recuperada, mas denotando um estado de ansiedade e receosa. Após a respectiva abordagem e avaliação física da vítima e graças à perspicácia e sabedoria do Enfermeiro, este percebeu que para além da componente física estava inerente algo do foro emocional. De facto a vítima encontrava-se protegida, baixo sigilo policial a habitar em morada confidencial, no caso designado por abrigo, local destinado a acolher vítimas de violência doméstica. Esta foi transportada ao hospital, tendo o Enfermeiro, procedido às respectivas diligências, no sentido de proteger os dados da vítima quer a nível administrativo quer a nível dos cuidados de enfermagem, ao Enfermeiro da urgência.

Assim ao reflectir sobre esta conduta, percebi a filosofia dos cuidados prestados no Pré Hospitalar, relativamente aos direitos dos cidadãos, e consequentemente os deveres subjacentes dos profissionais que aí trabalham, realçando o dever do sigilo profissional, uma vez que na rua somos confrontados com a curiosidade da população e comunicação social, no sentido de solicitarem dados da vítima, o que por vezes, de forma inconsciente estes profissionais põe em risco este dever consagrado em vários documentos legais.

A Lei de Bases da Saúde na sua Lei nº 48/90, de 24 de Agosto (Portugal, 1990), na sua Base XIV sobre o Estatuto dos Doentes, afirma que os doentes têm direito a ver rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados, sabendo que a actuação destes profissionais “ (...) decorre das relações que estabelecem com os doentes em situação de urgência/emergência, que (...) impõem um especial dever de sigilo relativamente aos dados privados do (...) ” (INEM 2008: 1), este direito de sigilo reveste-se de tal importância que, inclusive, merece protecção constitucional. A Constituição da República Portuguesa, no nº 1 do seu artigo 26º, consagra o direito à reserva da intimidade da vida privada enquanto direito fundamental.

O artigo 12º da Declaração Universal dos Direitos do Homem de acordo com o Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março (Portugal, 1978), afirma que “ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada...”, identificando-me com Deodato (2004: 49), “é o respeito por esta reserva sobre a intimidade do Outro que fundamenta a existência de um dever de guardar segredo sobre a informação a que se tem acesso por via do exercício profissional, que de outra forma, não seria conhecida”.

Percebi a importância da actuação do enfermeiro neste contexto, reforçando a ideia que, o dever de sigilo profissional é de tal forma valioso que o Estado o protege com a tutela penal. A

violação deste dever por um profissional de saúde preenche o tipo legal de crime do artigo 195º do Código Penal, aprovado pelo D.L. nº 48/95 de 15 de Março. E em punição idêntica incorre o autor do crime de aproveitamento indevido de segredo, previsto no artigo 196º daquele Código.

É por todas estas razões que, o dever de sigilo constitui um tema relativamente ao qual o Conselho Jurisdicional (CJ) da OE por diversas vezes, teve necessidade de reflectir e de se pronunciar. Assim, no que respeita ao dever de “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”, previsto no artigo 85º, a) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o CJ, nos seus pareceres, conclui pela existência de dois critérios para que possa haver quebra do sigilo. Num dos critérios evoca que poderá haver quebra quando está em causa a defesa de valores superiores. “Ou seja, em vez de uma decisão de quebra de segredo tendo por base a concordância prática dos direitos em causa, opta-se pela hierarquização dos valores e conflito, decidindo em concordância com aquele que se julgar superior.” (Deodato, 2008:96). No outro, prevê que, sendo possível a quebra do sigilo, ao enfermeiro caberá, apenas, a partilha da informação estritamente necessária.

A partilha dessa informação é, igualmente salvaguardada na alínea b) daquele artigo, já descrito anteriormente, tal como refere Martins (2004: 56), “esta partilha de informação consiste em dividir com alguém algo que não é nosso. É uma informação de que se tomou conhecimento (...) sempre no exercício da sua profissão.”, e continua, dizendo que “essa informação deve circular só entre aqueles que estão envolvidos no plano terapêutico, daí a diferenciação entre equipa de saúde e equipa terapêutica”.

Reflectindo do anteriormente descrito, não posso estar mais de acordo, sobre as competências do Enfermeiro Especialista, quando a Ordem dos Enfermeiros (2007) define competências comuns como as que todos os enfermeiros especialistas possuem, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, sendo as competências específicas as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Completando este meu raciocínio, penso que a actuação da equipa, na qual me incluo, foi de encontro ao anteriormente descrito, salvaguardando este direito a confidencialidade de factos e informações relativas aos cidadãos, assim, na prática pude constatar um elevado nível de cuidados prestado pela equipa de enfermagem em consonância com as boas praticas, isto motivou não só a minha constante preocupação em evoluir, como me facilitou a incorporação na prática de resultados de investigação válidos e relevantes, assegurando decisões

fundamentadas, tendo em conta, tanto às evidências científicas como às minhas responsabilidades sociais e éticas.

A vivência reflexiva nas actividades mencionadas, permitiu-me demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e juízos ou os condicionem, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O processo evolutivo verificado ao longo do estágio facultou-me, demonstrar competências de comunicação com conhecimentos aprofundados no relacionamento com a pessoa/ família em situação crítica que me permitiram ter uma conduta de acordo com os princípios ético-deontológicos e legais, salvaguardando o direito à auto-determinação dos clientes na resolução dos seus problemas, e respeitando as suas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual, desenvolvendo o relacionamento com o doente e a família, comunicando com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, promovendo a relação de ajuda e a comunicação através da interacção, demonstrando conhecimentos e habilidades facilitadoras da “*dignificação da morte*” e dos processos de luto.

2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

O papel da enfermagem em urgência e emergência tem-se evidenciado desde o início deste século, de acordo com o aumento progressivo das necessidades da população, que denota igualmente a esperança depositada nos recursos e meios disponíveis. As situações de emergência, requerem uma actuação consciente e segura, sendo que a enfermagem tem cada vez mais um papel preponderante na emergência, pela percepção da diferença que faz uma actuação correcta na sobrevivência, recuperação e qualidade de vida das pessoas. Ser Enfermeiro no Serviço de Urgência requer uma capacidade de lidar com situações cruciais com uma velocidade e precisão mais elevados que noutros serviços (Zinn, 2003). Para Macphal (2001, p. 3) “enfermagem de urgência é a prestação de cuidados indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades”. Com o desenrolar do estágio e com as diversas situações em que tive oportunidade de intervir, desenvolvi esta competência com progressiva tranquilidade e discernimento mesmo nas situações de emergência/urgência identificadas, onde respondi de forma adequada demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevisíveis e complexas.

Tendo em conta a especificidade do campo de estágio (SU) optei por não me precipitar logo na prestação de cuidados ao doente crítico, tendo usado como estratégia facilitadora para a minha evolução a análise dos protocolos e normas existentes. Fazendo uma análise e raciocínio crítico, confrontei os mesmos com os conhecimentos adquiridos e com as orientações mais recentes, constatando estarem actualizados, admitindo que a responsabilização social e a qualidade dos cuidados assim o exigem, sempre pautei a minha conduta profissional por decisões claras e racionais baseadas em evidências científicas. Assim, na prática pude constatar um elevado nível de cuidados prestado pela equipa de enfermagem em consonância com as boas praticas, isto motivou não só a minha constante preocupação em evoluir, como me facilitou a incorporação na prática de resultados de investigação válidos e relevantes, assegurando a tomada de decisões fundamentadas, tendo em conta, tanto às evidências científicas como às minhas responsabilidades sociais e éticas.

Ao consultar documentação, relativamente ao funcionamento das “vias verdes nos serviços de urgência”, identifiquei uma necessidade formativa na área, a implementação da Via Verde de

Trauma. Assim, após consulta com o tutor, apresentei em colaboração com outra colega de estágio uma proposta formativa aos responsáveis do serviço, que deram o aval com agrado. Promover e participar em projectos do serviço, na área da EMC, era um dos objectivos, que me propunha alcançar, pelo que recebi este aval, com satisfação, desempenhando um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das estratégias institucionais na área da governação clínica, concebendo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade.

É hoje largamente reconhecido, que tal como para o Acidente Vascular Cerebral, o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Sépsis, também para o Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas. Neste sentido, a Direcção-Geral da Saúde (DGS), determina implementação de uma Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado - Via Verde de Trauma (VVT). A implementação desta "Norma", começará pelos Serviços de Urgência Polivalentes, sendo previsível que esta primeira fase esteja concluída até ao final de 2010. A sua concretização em todo o universo dos Serviços de Urgência deverá ocorrer até final de 2011 (DGS, 2010).

A utilização de normas e protocolos tem como vantagens permitir a uniformização e universalização de acções, sendo desenvolvidas com base em evidências científicas, constituem ferramentas que podem ajudar os profissionais a identificar os cuidados adequados à saúde para circunstâncias clínicas específicas, para Sá-Chaves (2000:47) o profissional de saúde deverá ser um profissional reflexivo para que "momento a momento e situação a situação invoque os seus saberes, seleccionando os que, do seu ponto de vista, melhor se ajustem à situação real que está a vivenciar".

Partindo da reflexão sobre a conduta que o enfermeiro deve ter no atendimento ao doente, vítima de trauma à luz dos princípios ético-deontológicos e legais, pretendeu-se com este trabalho demonstrar capacidade de reflectir sobre um problema identificado na prática, e através de uma análise académica avançada alicerçada em evidências e recomendações de peritos na área da traumatologia, contribuir para a melhoria das práticas sensibilizando os profissionais para o tema.

Assim, elaborei em conjunto com a colega de estágio, a norma da Via Verde do Trauma, elaborando o respectivo documento "*Norma da Via Verde de Trauma*" (Anexo I), tendo sido disponibilizado aos responsáveis de serviço para posterior análise e ratificação, tendo por finalidade a sua implementação. Para apresentação da "*Norma da Via Verde de Trauma*", foram utilizados meios audiovisuais (PowerPoint). Esta acção formativa foi proposta e aprovada, após apreciação favorável do Enfermeiro Responsável pela Formação e respectivo Departamento de Formação Hospitalar.

Tendo em conta toda a minha experiencia, resultante da minha actividade profissional, onde frequentemente contacto com doentes críticos, inclusive com ventilação mecanicamente assistida, manuseamento e colocação de acessos vasculares centrais, penso ser de todo, oportuno e gratificante, a prestação de cuidados numa UCI, assim identificando-me com Lopes (2000:37), “O enfermeiro só conseguirá chegar à perícia na prestação de cuidados, reunindo dois critérios obrigatórios: prestando cuidados e reflectindo criticamente sobre os cuidados que presta.” Ou seja, só com uma prática reflectida o enfermeiro poderá ser perito na prestação de cuidados.

A nível de cuidados de enfermagem ao doente crítico, os procedimentos técnicos passaram pela abordagem à via aérea artificial, ventilação mecânica, técnicas de substituição da função renal, gestão farmacológica e plasmáfereze. Para aprofundar e manter actualizados os meus conhecimentos tive a oportunidade de realizar todas as técnicas e procedimentos mais comuns na área do intensivismo que envolveram os meus doentes. Mediante as oportunidades surgidas pude também colaborar com outros elementos da equipa, aproveitando momentos de aprendizagem mais específicos. Na abordagem da via aérea tive a oportunidade de colaborar na entubação traqueal e na ventilação mecânica. Desenvolvi todas as técnicas de optimização da via aérea, atendendo às normas preventivas da infecção associada à ventilação mecânica. Identifiquei as diferentes modalidades de ventilação mecânica e através da prática aprofundi e inter-relacionei conhecimentos, atingindo um dos objectivos específicos que tinha para este estágio.

Através da análise dos parâmetros definidos pela Ordem dos Enfermeiros em 2004, no domínio das competências da prestação e gestão de cuidados, verifica-se que grande parte deles se refere ao processo de enfermagem e, conseqüentemente, à capacidade de o conceptualizar. Na prática profissional, a metodologia empregada na organização do conhecimento e do cuidado ao cliente denomina-se de processo de enfermagem (Almeida, 2002), ainda em consonância com Phipps, Sands e Marek (2003: 642), o processo de enfermagem é o mesmo, tanto em situações dos cuidados críticos como em qualquer instituição onde há doentes. Tendo em conta o anteriormente exposto, o enfermeiro de cuidados intensivos necessita, portanto, de uma capacidade de lidar com situações de risco com velocidade e previsão, requer competência na integração da informação, na construção de julgamentos e na tomada de decisões (Barreto.et al., 2001).

Neste sentido, em todo o decorrer do estágio, tive como objectivo desenvolver a capacidade de conceptualizar os cuidados prestados, precisamente através do desenvolvimento e aplicação do processo de enfermagem, cumprindo um dos objectivos por mim propostos. De seguida, apresento, então, os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem que considere mais pertinentes e frequentes na UCIP, acompanhados da respectiva definição e fundamentação em que me baseio. (anexo II)

De acordo com o Ministério da Saúde, citando dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), através da, World Health Organization,WHO (2005), um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos, relativamente a Portugal, o último inquérito nacional de prevalência, realizado em Maio de 2003, envolvendo 67 hospitais e 16373 doentes, identificou uma prevalência de 8,4% de doentes com IACS e uma prevalência de 22,7% de doentes com infecção adquirida na comunidade (taxas semelhantes à maioria dos estudos internacionais) Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais (2006). (Direcção Geral de Saúde, 2007).

No decorrer do estágio, na prestação dos cuidados por mim efectuados em equipa, verifiquei um cuidado constante na aplicação das medidas instituídas pela Comissão de Controlo de Infecção do HSJ, seguindo as normas e instruções emanadas pelo Ministério da Saúde (DGS, 2007).

Relativamente à infecção associada à ventilação mecânica, vulgo Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV), a lavagem das mãos, o isolamento da fonte de infecção e o uso de técnica asséptica nos procedimentos invasivos, esteve sempre presente quer nos meus procedimentos, bem como na restante equipa, de facto foram inúmeras as vezes em que tive a oportunidade de intervir e observar, nomeadamente na da visita dos familiares o cuidado a ter, instruindo as mesmas da necessidade da lavagem higiénica das mãos, bem como o uso de equipamento de protecção individual (EPI), o que de maneira geral era bem acolhido, elevando assim o nível e dando visibilidade dos cuidados de Enfermagem efectuados.

Na prevenção da PAV, usar pressão do cuff adequada (recomendado ser inferior a 20 cm H₂O), aspirar as secreções acima do cuff antes de mobilizar/transportar o doente e desinsuflar o mesmo, usar tubos endotraqueais com aspiração subglótica, prevenir a aspiração associada à nutrição entérica elevando a cabeceira do leito entre 30º-45º, verificar o posicionamento e a permeabilidade da sonda de nutrição, monitorizar resíduo gástrico e colocar sonda pós - pilórica se necessário (Matos, A e Sobral, A. 2010), foram outros dos cuidados efectuados.

A despeito das dificuldades que norteiam a prática de enfermagem, o posicionamento do enfermeiro não pode estar distanciado do objectivo da sua prática, que é o cuidar e se faz é primordial fundamentar cientificamente o seu campo de conhecimento e práticas. Segundo Manthey (1980:1-85), os enfermeiros que valorizam suas acções trabalham com responsabilidade, autoridade e autonomia, conseguindo desenvolver a liderança e direccionar as suas actividades de forma contínua e sistematizada.

Depreende-se portanto, a necessidade de uma maior aproximação do enfermeiro de cuidados intensivos ao doente em ventilação mecânica, no que se refere à avaliação criteriosa, visando reconhecer os riscos para o doente durante a execução da técnica de aspiração traqueal, proporcionando desta forma um cuidar mais seguro, tanto técnica quanto cientificamente.

Ao reflectir sobre estas práticas, compreendi a importância de prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência e do rigor dos procedimentos no doente crítico, pois toda a prática de cuidados da UCIP, é fundamentada nas recomendações do Ministério da Saúde, OMS e demais publicações científicas, no sentido de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da Infecção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A exigência de cuidados destes doentes implica que a equipa garanta a segurança dos procedimentos de enfermagem e zeie também pelos cuidados prestados por outros elementos, este aspecto necessitou que durante toda a prática de enfermagem fosse criado e mantido um ambiente de cuidados seguro, através de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, não só para segurança do doente, como também de todos os profissionais.

Não se pode partir para a formulação de intervenções enfermagem autónomas sem compreender todo o processo de enfermagem até à definição destas, assim sendo, o trabalho de formulação de intervenções de enfermagem autónomas no contexto do SU do HSS, iniciou-se pela identificação dos focos da prática de enfermagem mais frequente perante os clientes deste serviço. No âmbito da CIPE/ICNP®, foco da prática de enfermagem é definido como *área de atenção*, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem (CIPE/ICN, 2005).

De facto, durante este módulo de estágio, tive a oportunidade de constatar que a dor é a queixa que mais frequentemente leva a pessoa a recorrer ao SU, dada a sua importância e possíveis consequências da sua vivência, objectivando a melhoria da qualidade da assistência ao cliente com dor, em 2002, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor denominaram a dor como o quinto sinal vital (Fontes & Jaques, 2007). Portugal equiparou a dor a quinto sinal vital em 2003, sendo o primeiro país da União Europeia a fazê-lo (OE, 2008).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008), no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro deve ter como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado, assim sendo, é da competência do enfermeiro a identificação e avaliação da dor, a colaboração com a equipa multidisciplinar, a programação e a implementação da terapêutica farmacológica prescrita, a prescrição e implementação de medidas não farmacológicas, a educação do cliente e da família e a avaliação e monitorização da resposta às terapias implementadas (Chaves & Marin, s.d.; Mendonça & Leão, 2007, cit. por Fontes & Jaques, 2007).

As intervenções autónomas de enfermagem face ao foco “dor” pertencem ao domínio não farmacológico. As intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual,

sendo na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação e muitas delas podem ser ensinadas aos doentes e seus cuidadores, estimulando o autocuidado (Pimenta, 2006, cit. por Fontes & Jaques, 2007). Assim, muitas vezes, apercebi-me que estas são realizadas pelo enfermeiro de uma forma inconsciente, talvez porque estão de uma certa forma inerentes à essência da enfermagem, o cuidar.

Dane Cicely Saunders a fundadora do moderno Hospice, citada por Pessini (2003), criou a expressão “dor total” que inclui, além da dor física, a dor mental, social e espiritual. Segundo ela, deixar de considerar esta apreciação mais abrangente da dor é uma das principais razões de os pacientes não receberem adequado alívio dos sintomas dolorosos. A dor física é a mais óbvia e a maior causadora de sofrimento, é a que impede o funcionamento físico e a interacção social, a dor psíquica surge ao enfrentar a inevitabilidade da morte, a dor social é a dor do isolamento criado, quando o morrer cria a ideia de solidão e a dor espiritual surge da perda de significado, sentido e esperança no viver (Pessini, 2003:10).

Ao consultar a documentação de enfermagem relativa ao cliente com dor, verifiquei que este tipo de intervenções muito raramente é registado, o que reduz ainda mais a sua visibilidade e impossibilita a avaliação do impacto destas intervenções no controlo da dor da pessoa. Porém, a minha experiência pessoal, confirma-me que este tipo de intervenções é muito valorizado pela pessoa com dor e pode ter um impacto muito positivo no controlo da dor, dando à pessoa uma maior esperança e contribuindo para amenizar o sofrimento pela dor causado.

Muitas vezes, surgem expressões como “na urgência não há tempo para estas coisas” e os cuidados de enfermagem conscientemente prestados passam essencialmente pelas intervenções interdependentes. No entanto, intervenções como estas podem trazer benefícios para o cliente com dor e são facilmente e rapidamente ensinadas ao cliente, pelo que mesmo no SU poderiam ser colocadas em prática. “Ensinar ao acompanhante formas de ajudar o cliente”, como as acima referidas, é da mesma forma raramente realizado, porém por vezes seria lucrativo para o cliente com dor, o enfermeiro estabelecer uma parceria com os acompanhantes, visando o grande objectivo que é o controlo da dor do cliente.

Para dar visibilidade e proveito a esta reflexão, pus á discussão da equipa o assunto, aproveitando momentos como reuniões informais, passagens de turno, em situações concretas e com o meu Tutor, o que foi bem acolhido, tendo-me disponibilizado para deixar o documento em causa para reflexão da equipa. Propus como acções diversas técnicas, como: Aproveitamento de um relacionamento confiante; Criação de um ambiente calmo; Criação de uma sensação de conforto geral; Mudanças de posição; Distracção para desviar a sua atenção da dor; Alteração na condução do estímulo; Técnicas de modificação comportamental; Promoção da autoconfiança; Estabelecimento de uma boa comunicação/empatia; Apoio emocional ao doente e família, sugeri ainda para além destas medidas a utilização de um quadro com, Intervenções de Enfermagem (Nursing Intervention Classification-NIC).

De uma maneira geral, procurei actuar de acordo com o enunciado anteriormente, embora na minha já longa vida profissional saiba que tais praticas produzem os efeitos desejados, digo isto porque trabalho com uma população extremamente debilitada a todos os níveis, como são os Doentes Insuficientes Renais Crónicos Terminais (IRC), contudo verifiquei que existem barreiras físicas difíceis de ultrapassar, pela estrutura do próprio serviço, como a intensidade e posicionamento das luzes artificiais, a acústica, a privacidade (isolamento) entre outros, no fundo penso que no geral consegui passar esta mensagem á equipa de trabalho e isso é muito gratificante.

O conceito de cuidados intensivos reporta-nos para uma área multidisciplinar e multiprofissional que visa o “tratamento de utentes com (ou em risco de) falência orgânica ou multiorgânica por doença ou traumatismo” (Aleixo, 2007). As unidades de cuidados intensivos, devido aos avanços tecnológicos e científicos já alcançados, encontram-se equipadas de forma a proporcionar o expoente máximo de nível assistencial (técnico e terapêutico). O objectivo primordial destas unidades visa a manutenção das funções vitais dos utentes internados, evitando a sua deterioração e/ou possibilitando a sua recuperação.

Actualmente, a equipa de enfermagem, pela maior proximidade com o cliente, desempenha um papel central na gestão da dor e assume uma significativa responsabilidade na garantia da segurança e no seu controlo efectivo, igualmente, o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e como tal, todos os profissionais devem estar conscientes de que a dor é sempre uma experiência subjectiva e pessoal e aprendida pela experiência, devendo adoptar estratégias de avaliação, prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado de forma individualizada, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde (Rigotti & Ferreira, 2005; DGS, 2008).

A DGS (2008) refere que deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal. Segundo Pulter & Madureira, cit. por Fontes & Jaques, (2007), a dor nos indivíduos que não podem expressá-la por intermédio de palavras, torna-se um fenómeno à parte. Como tal, de acordo com Lafleur, (cit. por Fontes & Jaques, 2007), para que o reconhecimento do quadro doloroso destes clientes seja possível, é necessário observar a sinalização não-verbal indicadora de dor, nomeadamente as manifestações comportamentais (caretas, posturas encurvadas, punhos cerrados, tremor, mudanças de modulação da voz, sinais de ansiedade e também a manifestações emocionais de choro, gemido, entre outras) e a manifestações fisiológicas.

Reflectindo acerca da forma como a equipa de enfermagem da UCIP do HSJ actua face a este foco (**Dor**), posso afirmar que, na minha opinião, é dada especial atenção por toda a equipa multidisciplinar ao controlo da dor do cliente. O enfermeiro assume um papel importante na identificação, avaliação, documentação e controlo da dor, contudo não a expressa na escala de

avaliação documentada na folha de vigilância intensiva, **Escala Visual Analógica (EVA/VAS)** existente no serviço. Os factores de alívio e de agravamento, sintomas associados e ainda medidas farmacológicas utilizadas para o alívio da dor são também, geralmente avaliadas, tais praticas são efectivamente uma realidade, pois na prestação de cuidados por mim efectuado pude constatar este facto, a equipa tem uma extrema preocupação com a promoção do sono/repouso, do equilíbrio sensorial utilizando estratégias como períodos de silêncio e de redução da luminosidade, redução do ruído, tons de conversa adequados, sendo estímulos sensoriais minimizados, contudo no que diz respeito à avaliação e documentação da dor, considero que alguns aspectos poderiam ser melhorados, com vista a uma avaliação e documentação mais rigorosa.

Assim, posso afirmar que contrariamente ao preconizado pela DGS (2008), no serviço não se verifica a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em termos de escala, sendo dado relevo e avaliado se ocorreu alívio ou não da dor, quer através da verbalização ou pela interpretação das expressões corporais e pela interpretação da monitorização contínua tecnológica (ex. Taquicardia), resumidamente ter em atenção aos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, sendo posteriormente registadas em notas de enfermagem, na folha de vigilância intensiva, de forma descritiva simples. Na minha opinião, a avaliação e registo da intensidade da dor deveria tornar-se prática generalizada no serviço, pelos vários benefícios já apresentados anteriormente pela pesquisa bibliográfica, dando visibilidade aos cuidados e ao impacto dos cuidados na melhoria do doente.

As intervenções de enfermagem autónomas enunciadas são aplicadas no serviço sempre que a situação o permite, dependendo do seu estado de consciência, contribuindo para um melhor controlo da dor do cliente. Acredita-se que o primeiro passo para avaliar a experiência algica é confiar nas palavras e no comportamento do cliente, porém alguns cuidadores referem que às vezes o cliente não está com dor, só diz ter essa sensação por "carência afectiva". Nesse momento, cabe à equipe de enfermagem rever as reais necessidades do cliente e cuidá-lo de maneira que essa dor seja amenizada, dando-lhe conforto, carinho, atenção e amor.

Pelo anteriormente descrito, a escala de avaliação da dor aparece apenas como a escala analógica visual (VAS), o que permite inferir ser necessário ampliar o conhecimento a outras escalas. É muito importante identificar as características que expressam a dor, pois, em muitos casos, existem clientes que apresentam diminuição do nível de consciência, não podendo manifestar verbalmente a sua experiência dolorosa.

A possibilidade de actuar de forma decisiva e definitiva na vida de um doente não está presente de forma tão óbvia e cabal em qualquer outra área como na dos cuidados pré hospitalares, compreende-se o quão fundamental é a formação específica para melhorar a eficácia da actuação das equipas envolvidas nestas situações, devido ao seu papel fundamental em termos de diagnóstico e na definição e implementação das medidas

terapêuticas necessárias. Consequentemente, torna-se indispensável utilizar essa perspectiva de forma a compreender como maximizar a eficiência da prestação de cuidados por parte de todo o Sistema de Saúde, particularmente em situações com características tão específicas como as da emergência médica

A intervenção dos enfermeiros no contexto pré-hospitalar tem por objectivo garantir a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correcta abordagem e a estabilização da vítima no local, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção na Unidade de Saúde mais adequada.

Durante o estágio tive oportunidade de vivenciar experiências na área da traumatologia que proporcionaram oportunidades para colaborar activamente com as equipas não só na avaliação do cenário e na avaliação primária e secundária da vítima, mas também na estabilização e tratamento imediato do doente.

Dado o elevado índice de sinistralidade rodoviária e laboral na área do Grande Porto, local de actuação dos meios de estágio (VMER, SIV e SBV), tive oportunidade de colaborar com a restante equipa de socorro na implementação das técnicas de imobilização em situações de trauma.

Numa das activações da VMER do São João, saímos para prestar assistência a um individuo do sexo masculino vítima de acidente de trabalho, na Docapesca, Matosinhos. O motivo era atropelamento por empilhador com fractura exposta no membro inferior esquerdo, com projecção.

Chegados ao local e após a inteiração dos factos (o meio SBV já se encontrava no local), procedemos a abordagem ao doente politraumatizado, em duas fases distintas. Nos primeiros minutos foi realizada a avaliação/observação primária, cujo objectivo foi tratar as lesões que comprometiam desde logo a vida, seguida de avaliação secundária tendo como objectivo manter as funções vitais normais, identificando todas as lesões existentes, tendo por base um exame sistémico, da cabeça aos pés.

De acordo com Ponce et al (2006, p. 211), a metodologia do ABCDE (A- via aérea; B- Ventilação; C- Circulação; D- Disfunção neurológica; E- Exposição) é utilizada na avaliação primária com o intuito de realizar uma rápida apreciação das funções vitais do doente. De facto, pude observar neste estágio que esta avaliação foi preponderante em todas as situações de trauma.

De seguida foi possível colaborar na técnica de imobilização e alinhamento cervical, mediante a aplicação do colar cervical e a imobilização da vítima em plano duro com a utilização de estabilizadores laterais de segurança. Para o INEM (2007, p.7) “a imobilização cervical e a

aplicação do colar cervical devem ser executadas sempre que haja dúvida sobre a existência de traumatismo da coluna, após remoção de capacete (se for o caso), antes de aplicar o colete de extracção ou efectuar um levantamento e depois de efectuar um rolamento”.

Tive igualmente oportunidade de colaborar no controle de hemorragia e na estabilização da fractura com utilização de talas, bem como providenciar e actuar no controle da dor. Segundo Sheehy (2001), o alívio da dor aguda deve ser o primeiro objectivo no tratamento da doença ou lesão dolorosa aguda, de facto pude constatar que a analgesia é fundamental nestas situações, não só proporcionando conforto às vítimas como até interferindo em termos fisiológicos, pois quando abordamos a vítima, esta apresentava um enorme esgar de dor, com uma oximetria a rondar os 93%, revertida assim que os fármacos envolvidos no controle da dor actuaram, é de assinalar que dada a destreza e raciocínio de actuação, o tempo decorrido foram pouco mais de “segundos”.

A dor é um dos problemas mais frequentes em situações de emergência/urgência, sendo um dos primeiros sinais de alerta em muitos processos patológicos. As dores intensas podem provocar uma série de alterações que podem levar à degradação do estado da vítima e, no seu limite, ser a causa de novos problemas. A avaliação da existência e severidade da dor é fundamental para que se possa definir a estratégia ideal para o seu alívio. Porém, a avaliação da intensidade da dor é um processo complexo e subjectivo. Complementando, a dor é uma experiência individual influenciada por aspectos psicológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais.

No decurso do estágio, pude constatar que a avaliação e controle da dor é fundamental para as equipas do pré hospitalar, essencialmente nas SIV e VMER, sempre que viável a intensidade da dor era avaliada pelo próprio doente através duma escala. A que é mais utilizada é a escala numérica que é uma escala graduada de zero a dez, na qual zero significam “ausência de dor” e dez “a pior dor imaginável”. É pedido ao doente com dor que atribua um valor de 0 a 10 à dor que está a sentir. Davis & Walsh, cit. por Fontes & Jaques, (2007) referem que o uso sistemático de um instrumento de avaliação da intensidade da dor e o seu registo promove a consciência no profissional de saúde de que presta cuidados ao cliente com dor, além de contribuir para o aperfeiçoamento da prestação de cuidados de enfermagem a este.

Pude constatar que tal prática nas SIV estão de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, já no que diz respeito a actuação da VMER, constatei que o fundamental é o controlo imediato da dor, prescindindo do uso de escala, tal como refere Timby (2007) a terapia medicamentosa é o alicerce para o controlo da dor. Assim, verifiquei que após a analgesia adequada era mais fácil levar a cabo algumas terapêuticas causadoras de dor e desconforto como a imobilização de fracturas.

A participação activa nas actividades mencionadas anteriormente, cuidando da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, 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, permitiu-me mobilizar conhecimentos e competências múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, identificando/respondendo prontamente a focos de instabilidade, fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, reconhecendo evidências fisiológicas e emocionais, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, demonstrando conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

No contacto com cada um dos campos de estágio, a minha principal preocupação, foi desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente / família a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, para tal procurei desde logo identificar a estrutura organizacional e funcional dos serviço e meios, através de entrevistas informais com a equipa de saúde, bem como, consulta de documentação que me permitiu recolher informações nesse sentido. Conseguir uma adaptação eficaz ao serviço e a toda a sua dinâmica organizacional e funcional é um objectivo que embora tenha sido definido como objectivo específico, considero-o mais abrangente, uma vez que uma adaptação eficaz ao serviço, implica perceber a gestão dos cuidados, optimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Assim, o método de trabalho instituído no Serviço de Urgência, em contexto da triagem é o método individual, sendo para nas restantes áreas, o método de trabalho em equipa. Atendendo às características dum Serviço de Urgência, em que a variedade de situações, o número de utentes e episódios é tão dinâmico (tempo e espaço), a conjugação de esforços e disponibilidade implica que a formação e o trabalho em equipa assumam proporções muito significativas (Vieira, Castro e Gomes, 2002). Tendo identificado que no quotidiano destes enfermeiros são vários os constrangimentos que podem surgir, reconheci na figura do Enfermeiro Responsável uma importância crucial no sentido de tirar o maior proveito da equipa em prol do utente, minimizando e gerindo as devidas situações de stress e ansiedade, proporcionando mecanismos de coping adequado, quer ao utente, quer aos demais profissionais envolvidos, parecendo-me ser este método, aquele que melhor se adequa a esta realidade, permitindo a colaboração, entreaajuda e respeito mútuo na tomada de decisões compartilhadas.

Não obstante ao que foi dito, reconheço que este método de trabalho tem os seus pontos negativos, podendo ameaçar a globalidade e a relação interpessoal com os doentes/ família, uma vez que não favorece um conhecimento global do doente e dos seus problemas a cada elemento da equipa.

Ao propor-me a realização do estágio na UCIP, tive em conta todo o meu passado (mais de vinte anos de experiência profissional), que me permitiria segundo a minha óptica confrontar uma realidade onde me julgava minimamente preparado, no entanto, deparei-me com situações novas e não familiares, o que mais uma vez justificou a opção por este estágio. Contudo, valeram os subsídios recebidos ao longo da componente teórica deste curso que num contexto profissional diferente do que estou habituado me permitiram aperfeiçoar competências. Assim, segundo Vance e Olson cit. por Tappen, (2005), uma das primeiras

tarefas do enfermeiro num novo local de serviço é a orientação, na medida em que independentemente da experiência que o enfermeiro tenha, é sempre necessária a familiarização com a nova organização, os novos colegas e as novas regras e formas de fazer as coisas.

Na primeira abordagem a este campo de estágio a preocupação foi desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, desde logo identifiquei a estrutura física, orgânica e funcional do serviço, bem como o método de trabalho da equipa de enfermagem. O método de distribuição de trabalho utilizado é o método individual, que consiste na distribuição de dois doentes por cada enfermeiro, de acordo com a DGS (2003:17) que recomenda “ (...) no mínimo um enfermeiro com treino específico por cada duas camas nas 24 horas”, em conformidade com a circular normativa nº 1 de 12 de Janeiro de 2006, que constam no documento “Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento”.

No meu entender, este método permite ao enfermeiro assumir a responsabilidade global dos cuidados que presta, individualizando esses mesmos cuidados, mais conhecimento, humaniza e garante qualidade nos cuidados prestados, criando satisfação para o cliente e para o profissional. Uma das características própria e inerente aos cuidados prestados nesta unidade, é a integração na equipa. Macphail (2001:5) considera que em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão essencial o trabalho “ (...) em equipa e o respeito mútuo.” Por conseguinte, a qualidade e a humanização dos cuidados assenta neste conceito de equipa. Enfermeiros, médicos, auxiliares, paramédicos, todos, em conjunto, têm de agir com os demais colegas de forma a prestar ao doente os melhores cuidados possíveis.

Neste contexto ao enfermeiro da UCIP não lhe basta desenvolver competências técnicas e pessoais mas, tão importantes como estas, importa desenvolver competências relacionais para uma optimização dos cuidados verdadeiramente holísticos. Esta análise crítica permitiu-me desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e estabelecer relações de trabalho construtivas com a equipa multidisciplinar.

Tendo identificado que no quotidiano destes enfermeiros são vários os constrangimentos que podem surgir, reconheci na figura do Enfermeiro Responsável uma importância crucial no sentido de tirar o maior proveito da equipa em prol do utente, minimizando e gerindo as devidas situações de stress e ansiedade, proporcionando mecanismos de coping adequado, quer ao utente, quer aos demais profissionais envolvidos com esta realidade, permitindo a colaboração, entreajuda e respeito mútuo na tomada de decisões compartilhadas.

O método de organização e planificação de cuidados utilizado neste serviço é feito para o turno seguinte pelo Enfermeiro responsável de turno, este elemento é fundamental na gestão dos cuidados, de recursos humanos e liderança da equipa durante o turno, o plano de distribuição de trabalho não obedece a critérios da continuidade dos cuidados, mas à rotatividade na atribuição dos doentes e tendo em conta o grau de dependência dos mesmos (é usado o

sistema de classificação Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28), assim, tive a oportunidade de colaborar e efectuar esta a avaliação em conjunto com o meu tutor/responsável de turno, é avaliado uma vez por dia e reflecte a carga de trabalho efectuado nas 24 horas prévias, baseando-se as actividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas, variando numa escala entre 0 e 78 pontos (Reis, 1996).

O TISS-28 é uma ferramenta útil na gestão dos recursos de enfermagem, e a sua utilização em UCI's portuguesas é, de acordo com a Direcção-geral da Saúde (Ministério da Saúde, 2003), um dos critérios a valorizar na avaliação da qualidade, no entanto, no meu entender e no sentido de valorizar as intervenções de Enfermagem, seria de todo pertinente, aplicar a última versão do TISS, desenvolvida por Miranda e seus colaboradores em 2003, resulta de modificações do TISS-28 e denomina-se *Nursing Activities Score* (NAS). O NAS tem como finalidade estimar, com precisão, as necessidades de cuidados e a carga de trabalho de enfermagem nas UCI (Miranda et al., cit. por Mafra & Barbosa, 2009).

Este é constituído pelas mesmas sete categorias que o TISS-28, porém, incorpora actividades de enfermagem não contempladas nas versões anteriores como procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento do cliente, suporte e cuidados aos familiares/clientes e tarefas administrativas e de gestão (Conishi & Gaidzinski, cit. por Mafra & Barbosa, 2009).

Entre os elementos da equipa, são destacados, pela sua preponderância, reconhecida na mais-valia das suas capacidades relacionais e competências técnico profissionais, elementos que se assumem como Enfermeiros de Responsáveis de turno. Nestes reconheci competências que favorecem a qualidade dos cuidados junto do utente e suas famílias, através da personalização dos cuidados e da melhoria da comunicação, incluindo entre outras funções, a assessoria na gestão; a colaboração na planificação e supervisão dos cuidados prestados e a identificação das necessidades de formação da equipa.

No quotidiano prático da enfermagem, a motivação surge como aspecto fundamental na procura de maior eficiência e, conseqüentemente, maior qualidade na prestação de cuidados. Sendo Portugal um dos países com maior índice de sinistralidade da Europa e conseqüente elevada taxa de morbilidade e mortalidade, e tendo-se assistido nos últimos tempos ao encerramento de alguns Serviços de Urgência e Maternidades por parte do Ministério da Saúde, o que levou ao aumento da actividade do Pré – Hospitalar junto da comunidade, destaca-se a importância do enfermeiro para compreender a importância do papel do enfermeiro no Pré – Hospitalar, uma vez que este desempenha funções nos mais variados meios que constituem o INEM.

Portugal é um dos poucos países que conta com a participação de enfermeiros na prestação de cuidados Pré – Hospitalares. De acordo com afirmação da Ordem dos Enfermeiros (2007,

p.1) "Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro Pré – Hospitalar"

A propósito do pré-hospitalar, e com o intuito de melhor compreender a área funcional dos cuidados de enfermagem neste âmbito a Ordem dos Enfermeiros (2007:2), especifica as orientações para as intervenções do enfermeiro no Pré Hospitalar, nomeadamente "...Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;"

O transporte de doentes críticos, foi uma realidade que eu vivenciei no decurso do meu estágio, Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2008, p. 9) define-se como doente crítico aquele "...em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica". Assim apercebi-me que estes doentes com esta situação clínica, exigem uma intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições apropriadas, pois estes doentes têm ou encontram-se em risco de apresentar falência múltipla de órgãos, onde a capacidade de adaptação ou a reserva fisiológica para alterações súbitas é praticamente nula, podendo algumas pequenas alterações induzirem grandes instabilidades e, conseqüente, deterioração clínica. Estas alterações a acontecerem têm efeito multiplicativo e não aditivo no agravamento da situação clínica do doente, (SPCI e Ordem dos Médicos (OM), 2008:24).

De facto, pela minha grande experiência de trabalho num serviço com Urgência, identifico-me com Mcphail (2001:5), o desfecho dos cuidados prestados no serviço de urgência poderá ser grandemente influenciado " (...) pelo esforço da equipa no terreno, durante a estabilização inicial, a transferência e pela comunicação contínua."

Na sequência do enunciado anteriormente, constatei de facto que o método de trabalho em equipa é o sustento fundamental de toda a prática, o Código de Ética dos Profissionais do INEM (2008:1) refere que "os colaboradores devem desenvolver um trabalho de equipa eficaz, com bom relacionamento, respeito por cada um e partilha de conhecimentos".

O facto de existir uma clarificação de funções e um ambiente de integração relacional na equipa, facilita que cada membro integre os seus diversos saberes e acções sem que, dessa forma, interfira na área de acção de qualquer outro elemento da equipa.

Tomando por base estes princípios fui passo a passo adaptando-me ao método de trabalho das equipas, colaborando na estabilização do doente emergente com eficácia, sabedoria e

consciência, tendo sempre presente que em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde o trabalho em equipa e o respeito mútuo é tão fundamental, por conseguinte, a qualidade e a humanização dos cuidados assenta neste conceito de equipa.

Neste contexto ao enfermeiro do Pré-Hospitalar não lhe basta desenvolver competências técnicas e pessoais mas, tão importantes como estas, importa desenvolver competências relacionais para uma optimização dos cuidados verdadeiramente holísticos.

Tendo em conta a sociedade actual, reforçando a importância do lugar da enfermagem em emergência, identifico-me com Nunes (2007:8) quando alerta para o facto de que, a enfermagem tem sido conduzida “a reconstruir a sua actividade e a definir o seu papel perante a restante equipa de profissionais de saúde.” Consequentemente, espera-se que os enfermeiros “sejam capazes de assumir a sua função cuidadora e que sejam capazes de forma autónoma ou interdependente tomar as decisões adequadas para as suas intervenções” (Nunes, 2007:8).

No entanto, Nunes (2007:10) alerta que “temos de reconhecer que, para o enfermeiro da emergência, não há uma verdadeira tomada de decisão (...) pois a maioria das intervenções são interdependentes, responsabilizando-se o enfermeiro pela implementação das prescrições de outros”. Contudo, o mesmo acontece com todos os restantes profissionais da equipa, que em situações emergentes, ou seja, de *life-saving*, tomam as decisões com bases em *guidelines*/algoritmos de decisão, “No dicionário, algoritmo define-se como conjunto de etapas bem definidas necessárias para chegar à resolução de um problema [pretendendo] então, definir um determinado número de alternativas e opções a observar perante os dados presentes para tomar a melhor decisão,” estes permitem “que o decisor tome a decisão mais rápida, com menor risco e com maior probabilidade de sucesso” (Nunes, 2007:10).

De facto durante o meu percurso neste estágio apercebi-me desta realidade nas mais variadas situações usuais em emergência, Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV), Suporte Avançado de Vida (SAV) e *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), colaborando e actuando com as equipas, sempre no sentido que “qualquer um deles pressupõe o seguimento de uma linha de raciocínio que conduz a decisões e respectivas acções que se pretendem rápidas” (Nunes, 2007:10). Ainda na linha do pensamento anterior, a abordagem inicial aos doentes que necessitem de cuidados de emergência faz-se segundo a nomenclatura ABCDE, durante o estágio foi possível observar a actuação das equipas tendo por base esta nomenclatura. Genericamente: A – via aérea (com controlo cervical), B – Ventilação, C – Circulação (com controlo de hemorragia), D – Disfunção Neurológica e E – Exposição (a necessária, com controlo de temperatura). Esta nomenclatura é reconhecida internacionalmente para a abordagem primária como critérios de prioridade na emergência médica. Com estes, é possível identificar, corrigir ou estabilizar situações que coloquem a vítima em risco de vida imediato.

Ao reflectir sobre o enunciado anteriormente, o Decreto-lei n.º 220/2007, Artigo 3 (Portugal, 2007), estabelece como atribuição do INEM, desenvolver acções de sensibilização e informação dos cidadãos no que respeita ao SIEM, actividade que o INEM tem desempenhado, como se pode comprovar pelos boletins e demais informação que tem publicado. Talvez devesse ser incluída nessa publicitação que o INEM é, não apenas, um organismo dotado com autoridade e meios humanos e materiais para a intervenção na doença súbita, mas que também detém recursos escassos e constrangimentos orçamentais e deontológicos que o separam abruptamente de um serviço providencial de transporte de “doentes” aos cuidados de saúde hospitalares.

Muitas das situações que presenciei não requereriam intervenção pelo INEM e que sendo impossível a discriminação pelo CODU, apenas podem ser solucionadas pela cooperação da população geral.

Esta análise crítica permitiu-me desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, estabelecendo relações de trabalho construtivas com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados

Num Serviço de Urgência, encontram-se as mais variadas situações de vida diferenciadas, com necessidade de cuidados urgentes e emergentes, em que o enfermeiro tem necessidade de usar todo a sua vasta gama de recursos e competências, espaço de tempo curto e muitas vezes limitado. Neste sentido, enquanto em processo de formação e aprendizagem, tenho procurado adquirir um conhecimento teórico, assim como destreza mental e capacidade crítica, para poder actuar o mais rapidamente e o melhor possível.

Através da participação activa na equipa multidisciplinar, partilhando informação pertinente à prestação dos cuidados de enfermagem durante o estágio, iniciei a realização de passagens de turno, momentos no qual, procurei de forma clara e sucinta partilhar com os enfermeiros a informação que considero relevante relativa a cada cliente e partilhar as minhas reflexões, bem como apresentar alternativas e sugestões que me parecem adequadas, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem, segundo os padrões de qualidade preconizados pela Ordem Dos Enfermeiros.

A elaboração de registos é uma obrigação do exercício da profissão de enfermagem, está inclusive decretado no DL 437/91 de 8 de Novembro (Portugal, 1991), o modo de registar ou documentar em Enfermagem, os registos de Enfermagem devem ser pertinentes, conscientes e cuidadosos de modo a garantir a continuidade de cuidados.

No serviço de Urgência do Hospital São Sebastião, existe uma folha de registos de enfermagem, que não está em uso por parte da equipe de enfermagem, mas no entanto,

verifica-se que as intervenções de enfermagem interdependentes são frequentemente documentadas, contudo o mesmo não acontece com as intervenções de enfermagem autónomas.

Os registos de enfermagem, segundo Roper, são a informação acerca do cliente obtida em cada turno, a qual reproduz: as intervenções planeadas e realizadas, dados novos que servirão para uma reavaliação dos problemas de cliente e outras queixas passageiras ou exames efectuados, que não constituem problemas de enfermagem, mas que é útil o enfermeiro do turno seguinte saber (Cit. por Rodrigues & Cordeiro, 2007:16). Para além disso, de acordo com Doenges & Moorhouse referido por Silva (1995), os registos fornecem a documentação legal, à luz da qual o enfermeiro se poderá defender duma acusação, uma vez que do ponto de vista legal, se um acontecimento/actividade não está registado, não ocorreu ou não foi praticado (Silva, 1995: 22-23). Freeman citado por Silva (1995) defende, ainda, que para efeitos de cálculo administrativo do custo dos cuidados, torna-se de capital importância que os registos de enfermagem refiram todos os cuidados prestados, bem como se reportem ao planeamento de enfermagem face às necessidades individuais de cada cliente” (Silva, 1995: 23)) para facilitar e promover a investigação em enfermagem.

Assim sendo, tendo em conta ao pareceres dos autores apresentados, pode concluir-se que o registo sistemático dos cuidados de enfermagem permitem dar uma maior visibilidade, assegurar a continuidade e também a sua qualidade pois como refere Souza (2006), as práticas dos enfermeiros continuam a passar despercebidas, pois não são correctamente documentadas, faltando um elo de ligação essencial ao desenvolvimento e à visibilidade dos cuidados de enfermagem, os registos reforçam os raciocínios analítico-interpretativos inerentes ao processo de cuidados presentes em cada situação específica, permitindo contribuir para a melhoria da percepção da imagem/estatuto da enfermagem.

Como tal, para uma prestação de cuidados que tenha em consideração os diferentes contextos da prática e que contemple os aspectos quantitativo e qualitativo do pessoal, torna-se necessário efectuar o dimensionamento do pessoal, visando um ajuste às necessidades dos clientes e a prevenção da sobrecarga do trabalho da equipa de enfermagem (Mafra & Barbosa, 2009).

Tendo em conta o até agora explicitado, vários estudos têm sido realizados com o intuito de classificar os clientes quanto às suas necessidades em cuidados de enfermagem e quanto ao tempo de prestação de cuidados de enfermagem dispendido, e assim, contribuir para a avaliação da adequação qualitativa e quantitativa dos enfermeiros relativamente à carga de trabalho (Conishi & Gaidzinski, 2007). Porém, verifica-se por parte dos clientes que recorrem aos SU um acesso indiscriminado, uma vez que muitos destes clientes apresentam quadros clínicos considerados simples e que poderiam ser resolvidos na rede de cuidados primários. Tal situação poderá ser indicadora da incapacidade das unidades locais de saúde darem

respostas eficazes às necessidades da população ou então de falta de informação acerca da oferta dos cuidados de saúde primários, que assim procuram assistência nos SU hospitalares (Almeida & Pires, 2007). Existem vários instrumentos de avaliação da carga de trabalho de enfermagem. Estes podem classificar-se em dois grandes grupos, em função dos métodos utilizados: instrumentos que avaliam as intervenções de enfermagem previamente seleccionadas e instrumentos que avaliam o tempo de execução das intervenções de enfermagem (Baltazar, 2000.). Sugere-se posterior aplicação destes instrumentos de uma forma prática em futuros estágios.

No seguimento do anteriormente exposto, sugeri a criação de uma folha de registo de enfermagem (ANEXO III), com mais espaço, onde se pudessem fazer registos mais rigorosos e completos, que permitissem para além de promover a legalidade das intervenções de Enfermagem, promover a continuidade dos cuidados e quantifica-los, uma lacuna no meu entender deste serviço, a sugestão foi bem aceite pelos tutores e pela chefe do SU pelo menos nesta fase, enquanto o programa informático (Medtrix) não é reimplantado para os Enfermeiros.

Os Sistemas de informação em Enfermagem (SIE), hoje em dia, alicerçados em códigos de linguagem comum, são um importante requisito de promoção e avaliação da qualidade de cuidados, bem como tornarem visíveis os contributos dos cuidados de Enfermagem para a saúde das populações, e consequentes ganhos em saúde

Ao desenvolver um estudo de caso/plano de cuidados (Anexo IV), pretendi avaliar uma situação clínica representativa da realidade de um doente crítico internado no SU (UDC) e a importância do papel do prestador de cuidados (esposa) na prestação dos mesmos. Para a análise académica avançada sobre este estudo/plano de cuidados de caso usei a linguagem CIPE, dado que me encontro na minha realidade profissional actual, em processo de implementação da mesma, assim, tive oportunidade de prestar cuidados a um cliente proveniente do domicílio, com um quadro de polipneia com quatro dias de evolução com alteração das características da tosse e aumento de secreções, tendo este sido triado de acordo com a Triage de Manchester, tendo-lhe sido atribuída a cor laranja e de seguida foi encaminhado para a UDC (Unidade de Decisão Clínica).

O cliente dos cuidados no domicílio, já tinha patologia respiratória de base, com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), informação fornecida pelo prestador de cuidados. Pela comunicação estabelecida com a mesma pude constatar que era portadora de conhecimentos e competências, fruto de experiências de internamentos anteriores e dos ensinamentos prestados pela USF (Unidade de Saúde Familiar). Assim, cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento. Mais precisamente, a expressão “cuidar de “ ou “fazer com cuidado” realça essa atenção particular que se vai dar a si próprio ou a outro, a um objecto ou à tarefa que se

está a realizar (Hesbeen, 2000: 9). O papel do prestador de cuidados informal designa os cuidados prestados de forma parcial ou integral, por membros da família ou comunidade, a pessoas com dificuldades ou impossibilitadas de se autos cuidarem (Netto, 2002: 417) A especial atenção sobre este caso permitiu-me reflectir sobre a comunicação com o doente crítico e o prestador de cuidados e a sua importância na continuidade dos mesmos. Com a consciencialização de que a doença grave afecta o doente não apenas física, mas também psicologicamente, através de vários factores de stress fisiológico, identifiquei no momento em que o doente estabilizou uma ansiedade desmedida, sentindo a importância que o enfermeiro assume como aquele que lhe transmite confiança e proporciona conforto nesta etapa dos cuidados.

O saber/fazer na Enfermagem supera a vertente técnica e os cuidados em termos físicos, valorizando o aspecto relacional e espiritual, fomentando a esperança, ainda que em situações adversas, pelo que neste estágio um dos grandes objectivos é desenvolver o domínio técnico e relacional. Por tudo isto, assenta na comunicação, a base da relação com o doente e família, que pretendo fomentar e aplicar sempre que possível.

Pela minha passagem por este campo de estágio foi-me fácil perceber que a tecnologia utilizada numa UCI transforma o espaço tradicional do hospital num ambiente complexo e perturbador para a família que visita o doente, pelo que, perante um ambiente desconhecido sobre o qual não tem qualquer poder e em que a sua falta de conhecimentos se contrapõe ao à-vontade que observa nos profissionais, na família geram-se sentimentos de incerteza, preocupação e inutilidade face à doença. Do contacto diário com os doentes e famílias, apercebi-me que em nenhuma circunstância podemos desvalorizar a experiência pessoal da pessoa internada – bem como das pessoas significativas – sendo um hábito da equipa a promoção de cuidados integrais de qualidade, levando-me a reflectir sobre “Comunicação perante a pessoa/família em situação crítica”.

Relativamente a este propósito, importa referir que, de acordo com o divulgado pela Ordem dos Enfermeiros, o exercício profissional centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual - fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Sabendo que a comunicação se destaca como o principal instrumento para que a interacção e a troca aconteça e, consequentemente, o processo do cuidar, no seu sentido mais amplo (Zinn et al., 2003), no contexto da realidade das UCI's, onde encontramos muitas vezes doentes com

alteração do seu nível do seu estado de consciência, devemos questionar-nos como interagir com os doentes aparentemente incapazes de se expressar. Dos focos de atenção para a prática de enfermagem que identifiquei como mais frequentes perante os clientes da UCIP, a classificação internacional para a prática de Enfermagem a que recorri foi a da CIPE Beta 2, para estar o mais de acordo possível com a classificação que é utilizada no Hospital De São Joao e futuramente no sistema a integrar no serviço, o SAPE. Assim o Foco “Comunicação Expressiva” e “Processo Familiar” foram abordados (anexo V) e serviram de exposição na constituição ou não de potenciais diagnósticos de enfermagem, em relação ao tema em causa.

Na Prestação e Gestão de Cuidados, quero fazer referência aos meus objectivos de “Conhecer o utente/doente do serviço de cuidados intensivos” e “Desenvolver competências relacionais terapêuticas com o utente/doente e/ou com a família”.

Na minha opinião, estes objectivos são um pouco delicados, na medida em que estão dependentes de uma interacção entre mim e o doente internado, ou respectiva família, algo dificultado pela rigidez do horário permitido de visitas, da disponibilidade dos mesmos por afazeres diversos e pela estrutura física. Os horários das visitas ainda procuram satisfazer os interesses da instituição e não do utilizador. Porém importa referir, que uma visita a uma unidade de cuidados intensivos é algo particular. Os familiares não pretendem estar muito tempo perto de uma pessoa inconsciente, isso também é penoso para eles e sentem-se impotentes, querem obter informações e saber o prognóstico e o grau de dependência que essa pessoa poderá ficar. Importante humanizar esse contacto com a família e não permitir que esta se sinta desamparada e só na unidade, ter uma comunicação aberta e franca e demonstrar que a equipa estará ao seu dispor no que necessitar. Outro aspecto importante, tem a ver com o envolver a família no cuidado, o que não estamos ainda preparados para isso e nem sei se culturalmente seria bem aceite, mas importa também é estabelecer um acolhimento á família eficaz, pois esta também é uma fonte de informação relativamente à pessoa internada e poderá trazer dados importantes para um melhor cuidado e compreensão da situação do doente. A figura do enfermeiro de referência poderia ser uma estratégia a adoptar para uma melhor ligação da família aos profissionais e vice-versa. O desenvolvimento de uma política de reuniões ou encontros com a família com cariz informativo e de discussão e de apoio poderia ser também uma boa medida e a consulta de *follow up* mais eficaz e com *feedback* para os profissionais.

A comunicação com os doentes tem sido um aspecto com qual tenho por vezes alguma dificuldade, pois nem sempre parece ser possível ou eficaz. A comunicação verbal por parte do doente nem sempre é elucidativa, sendo geralmente mesmo inexequível, e comunicar através de gestos ou expressões acaba por ser, para além de difícil, desencorajador e frustrante para o doente e até para mim, que me sinto inapto por não o conseguir entender e puder ajudá-lo.

Relativamente à comunicação com a família, ou pelo horário restrito a que as visitas estão sujeitas ou por mera causalidade, vejo que não tenho tido grandes oportunidades para a

desenvolver. Não obstante na medida do possível tentei adoptar uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas permitindo uma maior proximidade e abertura entre o doente/família e os profissionais, antecipando, sempre que possível, as necessidades da família permitindo-me, “Desenvolver competências relacionais terapêuticas com o utente/doente e/ou com a família”, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Isto não significa que já não tivesse iniciado este processo antes, fruto da minha experiência profissional, mas sinto que, durante este período, vivenciei experiências que me marcaram e senti que consegui dar uma resposta adequada às mesmas. Tenho tentado desenvolver da melhor forma as minhas capacidades de observação, comunicação e escuta, e isso tem dado provas de que, por mais difícil e, por vezes, frustrante que seja a comunicação com o doente em cuidados intensivos ou mesmo com a sua família, isso é muito importante e tem um grande significado e é extremamente gratificante quando consigo acompanhar a evolução clínica do doente, vê-lo a melhorar, a perder as dificuldades de comunicação e sentir o reconhecimento pelo cuidado prestado. Em analogia, tive também a oportunidade de contactar com familiares de doentes e constatar que um pouco de atenção, disponibilidade e um sorriso parecem ter efeitos positivos e capazes de despertar sentimentos de confiança. A disponibilidade é dos aspectos mais valorizados pelos familiares. Eles sentem-se perdidos na sala, receosos, assustados e esta situação só é ultrapassada se alguém for junto deles e lhes perguntar, em que é que o posso ajudar?

Em saúde, tratar um corpo, prolongando a sua vida, não significa necessariamente qualidade de vida. É necessário conhecimento científico, mas, mais importante, é o saber relacionar-se consigo e com o outro, promovendo um ambiente equilibrado. Apesar de a enfermagem ser uma profissão de relação, esta tem de ter uma sustentação científica, diria mais, é importante desenvolver-se técnicas de relação e de comunicação sustentadas no que a evidência científica nos diz e adequadas ao contexto e cultura de cada ser individual! Sei que é discutível, mas fica aqui para reflexão!

Afinal, os enfermeiros não são apenas meros executantes de tarefas, que não reflectem no porquê de estarem ali executar tratamento a feridas, que têm que anular as suas emoções para não pôr em causa a eficácia técnico-científica, aceitar estas ideias é ser conduzido ao descuido e à futilidade (Tavares, 2002). Perante tudo o que foi exposto e por toda minha vivência neste campo de estágio, acredito que toda a interacção deve ser precedida de comunicação, ainda que nem sempre essa comunicação seja nos dois sentidos, o respeito pela vida humana e a nossa consciência moral assim o deve exigir. Reconhecendo que nem todos temos uma personalidade expansiva, nem sempre é fácil expormo-nos sem feedback do receptor, quando o fazemos podemos sentir julgados pelo e mais até por nós próprios.

Pela responsabilidade que nos é imputada pela nossa profissão impõe-se a humanização do cuidar, considero aceitável que se usei de estratégias defensivas na comunicação, não sendo

necessário falar abertamente da vida pessoal, pelo menos o toque terapêutico, o comunicar técnico, tranquilizador é essencial, se o conseguirmos fazer já é um importante passo, se promovermos a proximidade e o carinho que os familiares podem dar ao seu ente querido aí já conseguimos completar o nosso trabalho. Mas nunca o banalizar do cuidar.

Ao reflectir sobre a minha prática diária e actuação das diversas equipas de Enfermagem, permitiu-me desenvolver o relacionamento com o doente e a família, comunicando com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, promovendo a relação de ajuda e a comunicação através da interacção.

A participação activa nas actividades mencionadas permitiu-me aplicar conhecimentos, adquiridos e novos, desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, demonstrando capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e juízos ou os condicionem, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O envelhecimento da população mundial, nos nossos dias, não tem paralelo na história da humanidade. Segundo Fernandes (1997:34) “o envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com alguma certeza, que, no mundo civilizado a tendência para o envelhecimento é acentuada”.

A Organização Mundial de Saúde numa tentativa de uniformização de critérios, convencionou que o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde, permitindo assim, que nas sociedades ocidentais, os idosos tenham uma idade claramente definida.

A melhoria das condições de vida associada ao avanço do conhecimento médico e científico e ao desenvolvimento da tecnologia no diagnóstico e tratamento das doenças permitiu a longevidade das pessoas. Vive-se hoje mais tempo, apesar das co-morbilidades associadas, sobrevivendo às fases agudas das doenças ou ultrapassando a sua cronicidade, com diferentes condições da qualidade de vida.

Para Moore (1997) família, é uma instituição social básica que tem por objectivo a realização de determinadas funções, como proteger os seus membros, durante o ciclo vital. Porém, nas últimas décadas, a estrutura familiar sofreu inúmeras alterações: a industrialização do mundo do trabalho, a emancipação feminina, a desagregação familiar, a mobilidade geográfica e social dos núcleos mais jovens, as mudanças arquitectónicas e a precariedade das condições de vida, foram tornando cada vez mais difícil o acto de cuidar em casa quem está doente ou prestes a morrer.

Durante a minha prestação no estágio do pré-hospitalar (SIV, VMER, SBV) apercebi-me da enorme frequência na activação para pessoas idosas, em particular de um turno de manhã na VMER, em que das 6 activações, todas corresponderam a pessoas com idades compreendidas entre 73 e 91 anos. Frequentemente deparamo-nos com condições deploráveis: casas velhas, com muitas escadas e estreitas, onde a escuridão e a solidão eram a sua companhia. Aliada a estas condições, quando existia, a família estava frequentemente a trabalhar permanecendo ausente grande parte do dia.

Numa das activações deparamo-nos com um idoso em condições sub-humanas sendo que o único prestador de cuidados era uma filha portadora de deficiência mental, surda- muda cujos cuidados, por ignorância, eram totalmente desfasados das necessidades reais do Pai. Graças à solidariedade, dos vizinhos, alarmados pelas condições de vida foram accionadas a Polícia de Segurança Pública, Cruz Vermelha Portuguesa e Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).

Dada a condição da filha, a comunicação foi de extrema dificuldade, valendo a colaboração dos vizinhos. O cheiro e a putrefacção eram de tal forma que era difícil permanecer mais do que alguns segundos dentro de casa. O Pai encontrava-se desnutrido, com várias úlceras de pressão, coberto de dejectos e resto de comida, numa cama e sentia-se o cheiro a bebida alcoólica. Dada a estrutura do paciente, em anasarca e inconsciente, somada à exiguidade da habitação, foi necessário pedir colaboração, aos bombeiros para exteriorizar o doente para a ambulância SIV. Após estabilização da situação, baixo orientação do CODU, o doente foi transportado para o Hospital da área.

Ao reflectir nesta problemática, anteriormente descrita, quiçá a de maior impacto e intensidade ao longo de todo o estágio entendo que os profissionais de saúde devem estar atentos aos problemas inerentes ao processo de envelhecimento. Uma vigilância cuidada pode prevenir muitos dos problemas potenciais e reais.

Cabe aos Cuidados de Saúde Primários proporcionar cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença, potenciando e articulando as respostas comunitárias ao utente idoso/dependente. Prestando o máximo de apoio às famílias e promovendo a articulação para a continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis institucionais. Os cuidados aos mais velhos continuam culturalmente entendidos como um dever/obrigação familiar. O recurso à institucionalização é ainda hoje negativamente conotado como negligência de uma obrigação inerente aos laços familiares, quer pelos familiares cuidadores quer pelos próprios idosos.

Actualmente na sociedade, o recurso a um lar ou a frequência de uma instituição de apoio, é ainda vista como demonstração de desinteresse ou abandono do idoso pelos seus familiares, como refere Sousa et al (2004:156) “ A ideia de que, nos dias que correm expeditamente delegam as responsabilidades familiares nas instituições ou, simplesmente, entregam os idosos à sua sorte, continua a imperar no senso comum das pessoas”.

Aos cuidados diferenciados é exigido o ensino para a adaptação da família ao novo papel de prestador de cuidados, preparando antecipadamente a família para a alta do idoso dependente. Às instituições sociais compete o levantamento das necessidades e o acompanhamento dos idosos em situação de isolamento social. De acordo com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002), “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” e no enquadramento conceptual do mesmo documento, a Pessoa “é um ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se”.

Considero que todos temos um papel de responsabilidade social importante, não só a actuação imediata que é necessária mas também o pronto reconhecimento de situações de emergência social. É nesta fase que muitas vezes os profissionais do pré-hospitalar são chamados a intervir numa responsabilidade que é de todos.

Ao reflectir sobre as dificuldades das vivências, que são sentidas pelo cliente e família, em contexto pré-hospitalar, permitiu-me abordar situações imprevistas e complexas de modo sistemático e criativo e produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei e que são fundamentais na minha área de especialização.

4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Ao Identificar as necessidades formativas à nossa prática, enquanto Enfermeiros, damos conta que a formação tem um papel primordial e fundamental para o desenvolvimento teórico e prático, estimulando a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade de cada um, conduzindo desta forma a alterações permanentes e consistentes na prática do cuidar, potenciando a sua qualidade. Na actualidade a evidência está em constante mudança levando a uma evolução e inovação da Enfermagem.

Libâneo (2003) relata que a didáctica trata das relações e ligações importantes entre o ensino e a aprendizagem, investiga os factores que influenciam esse processo, indica condições e meios para que o ensino realmente produza conhecimento. Portanto o estudo da didáctica permite maior segurança profissional, de modo que o professor ganhe base para pensar sua prática e melhore cada vez mais sua actuação e qualidade de seu trabalho, este pensamento demonstra a compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Face às dúvidas e às necessidades sentidas, indo ao encontro de Fortin (2003, p. 74) quando define revisão de literatura como “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”, também eu procedi às revisões bibliográficas que se mostraram pertinentes, assim pesquisei sobre a estrutura e organização de Serviços de Urgência; cuidados de enfermagem ao doente crítico; posicionamento e estabilização do doente crítico poli traumatizado, mecanismos e estratégias no controle da dor e comunicação com o doente e família; fisiopatologia; farmacologia; ventilação invasiva e não invasiva.

Na abordagem ao doente politraumatizado colaborei na recepção e estabilização da vítima de trauma, nomeadamente, colocação de colar cervical, talas de imobilização, mobilização em bloco, colocação e transferências de planos duros e outras técnicas de imobilização, na colocação/remoção de aparelhos gessados e tracções, para isso socorrendo-me de conhecimentos práticos advindos da orientação tutorial e restante equipa, bem como de pesquisa bibliográfica.

Na abordagem da via aérea, tive identificar a importância de uma comunicação assertiva no sentido de reduzir os níveis de ansiedade, aumentar a eficácia e adesão à técnica.

No quadro da formação em serviço, a experiência reveste-se de uma importância muito particular, articulando a experiência de cada um com a do grupo como um todo. Implica uma modificação de comportamentos individuais que se reflectem na sua prática. Foi na perspectiva de desenvolver competências na área de formação que durante o estágio da urgência fiz o diagnóstico das necessidades formativas no âmbito da minha especialidade.

Partindo do princípio que a formação deve ser dirigida ao contexto do local de trabalho e tendo na prática quotidiana o ponto de partida para a reflexão que leve a um acréscimo do saber profissional, procurei identificar necessidades formativas, por acções que passaram pela revisão de normas e procedimentos existentes no serviço, até à observação de procedimentos. Tanto quanto pude perceber são respeitadas as normas e procedimentos institucionalizados, estando estes facilmente acessíveis para consulta e sendo bastante abrangentes, neste sentido, após reflexão conjunta com o Tutor e em função da minha experiência no manuseamento de cateteres venosos centrais (CVC) de acordo com as mais recentes guidelines Internacionais, detectei necessidade de formação, por deficiências de execução. Sugeri então à Enfermeira Chefe uma acção de formação sobre colocação e manutenção de CVC, tendo este referido que já tinha outro grupo de estagiários a trabalhar este tema, pelo que, optei por em sessões informais com a equipa, partilhar as minhas impressões e experiências nesta área, o que foi bem aceite com agrado.

Mediante as oportunidades surgidas, realizei técnicas e procedimentos mais comuns na área do doente crítico na emergência pré-hospitalar, quando solicitado, aprofundando e mantendo actualizados os meus conhecimentos, conforme as dúvidas e as necessidades sentidas, procedi às revisões bibliográficas que se mostraram oportunas, indo ao encontro de Fortin (2003:74) quando define revisão de literatura como “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”, também eu procedi às revisões bibliográficas que se mostraram pertinentes, pois tal como diz Benner (2001:32) “a teoria é um excelente instrumento para explicar e prever. Dá forma às perguntas e permite o exame sistemático de uma sequência de acontecimentos (...).”

Saliento a pesquisa sobre a estrutura e organização do INEM mecanismos e estratégias no controle da dor e comunicação com o doente e família, abordagem ao doente crítico, emergência pré-hospitalar (incluindo emergências médicas, obstétricas e pediátricas), paragem cardíaco-Respiratória (incluindo SBV e SAV) e sobre a abordagem ao politraumatizado e situações de excepção.

Este aspecto desenvolveu a minha competência de gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional de vida e oportunidade de colaborar e executar na colocação de ventilação de suporte não invasiva, vulgo BIPAP, tendo sido uma actividade que me permitiu

da literatura consultada, possibilitando demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da EEMC.

A componente de estágio clínico na área de EEMC tem por objectivo assegurar, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos, em contacto directo com o doente crítico, aprendizagem do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem. No contexto de trabalho, o enfermeiro, aplica os conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais, transforma os conhecimentos em saberes e saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional através da incorporação de recursos que permitem a construção das competências e do agir profissional adequado a cada situação.

Sendo uma das competências do enfermeiro especialista actuar “ (...) como formador oportuno em contexto de trabalho (...) ” (Ordem dos Enfermeiros, 2009: 20) entendi, em conjunto com a tutora e dois colegas do curso, abordar uma temática relacionada com a nossa prática de longos anos no serviço de Nefrologia do Hospital de São João.

A doença renal crónica (DRC), cuja prevalência é elevada em todo o mundo, é um importante problema de saúde pública. A sua evolução é desfavorável e complicações como doenças cardiovasculares e morte prematura são frequentemente observadas, Walker R (2004:66). Nas últimas décadas, inúmeros avanços foram incorporados ao tratamento da DRC, porém, as taxas de mortalidade permanecem elevadas.

Segundo Romão et al (2003), o acompanhamento dos pacientes que apresentam doença renal crónica, deverá ser feito com base na taxa de filtração glomerular (TFG) independentemente do diagnóstico que se tenha atribuído a patologia. Desta forma a IRC tem sido dividido em 6 fases da doença, levando-se em consideração a TFG.

Fase VI: definida como fase terminal uma vez que nesta a função perde o controlo da homeostasia, podendo rapidamente se tornar incompatível com a vida, levando o paciente ao óbito. Nesta fase a taxa de filtração é inferior à 15, podendo estar em torno de 1,73 ml/min/1,73 m² (Romão et al, 2003).

Com a intenção de abordar uma temática relacionada com a minha pratica e experiencia de longos anos no serviço de Nefrologia do Hospital de São João nomeadamente em situações críticas/emergentes, foi-me proposta pela Enfermeira tutora, uma formação conjunta com 2 colegas do curso de EEMC, assim efectuamos uma acção de formação subordinada ao tema “ Emergências Associadas ao Insuficiente Renal no Pré Hospitalar”. A exposição do tema foi feita na sede da Delegação Norte do INEM, e foi com particular satisfação que verificamos que o auditório local estava repleto de TAE e Enfermeiros, no final a discussão do tema foi rica em troca de experiências.

Na sequência da formação, para Velez (2009, p. 45), esta, além de outros objectivos, pretende atingir “... a satisfação profissional do enfermeiro, implementação de novos métodos de

trabalho, desenvolvimento de novas capacidades e consequente mudança de atitudes e comportamentos”, elaborei um plano da sessão formativa (Anexo VI), onde faço alusão aos objectivos da formação, conteúdos abordados e metodologia utilizada, e o power point, que serviu de apoio à formação (Anexo VII).

Ao identificar as necessidades formativas e ao promover a formação em serviço na área da EEMC, dei-me conta que a formação em enfermagem, tem um papel primordial e fundamental para o desenvolvimento teórico e prático, estimulando a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade, conduzindo desta forma a alterações permanentes e consistentes na prática do cuidar, potenciando a qualidade dos cuidados por mim prestados, ao longo do estágio.

Na actualidade a evidência está em constante mudança levando a uma evolução e inovação da enfermagem. Neste contexto, a formação permanente assume um papel determinante, tendo em vista a excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente, e consequentes ganhos em saúde.

Só conseguimos atingir objectivos da formação (aprender a reflectir, dar respostas às necessidades sentidas pelos profissionais, ser uma forma de actualização, alertar para a necessidade de manter um espírito aberto á inovação, apelar á criatividade e responsabilidade individual), quando o enfoque é directo para o local de trabalho, tendo a prática de cuidados como ponto de partida para que a experiência se converta em saber profissional.

A participação activa nas actividades, na emergência médica no pré-hospitalar, deu-me a possibilidade de identificar as necessidades formativas na área da EEMC. Permitindo-me comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, aos enfermeiros, transmitindo os resultados da minha prática clínica e da investigação. Este aspecto facultou-me desenvolver competências na comunicação das minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades

Sabendo que do Enfermeiro Especialista são esperadas competências que lhe permitam ter elevada capacidade de concepção, gestão, supervisão de cuidados e ainda que lhe permitam promover a formação, investigação e acessória na área de intervenção definida para a especialidade, foram meus objectivos de formação aprender a reflectir, dar respostas às necessidades sentidas pelos profissionais, ser uma forma de actualização e manter um espírito aberto à inovação, concordo com Hesbeen (2000, p. 19), quando refere que “ os saberes mobilizados no contexto da profissão de enfermagem, são fruto da mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados”, perante a realidade encontrada, facilmente reconheço que na prestação de cuidados ao doente crítico se exige dos Enfermeiros um saber actualizado e especializado com competências específicas que permitam acompanhar a evolução e inovação da Enfermagem.

A gestão de recursos humanos e a formação em serviço têm uma interdependência na melhoria pretendida para um serviço de qualidade. A formação é um dos pilares fundamentais de qualquer sistema de gestão de recursos humanos, porque através desta, se colmatam necessidades, assim como suscita o aparecimento de novas necessidades.

A Formação em Serviço, ocorre em contexto de trabalho, de forma formal ou informal articulada com a acção, permitirá o desenvolvimento integrado de competências dos Enfermeiros nos serviços, levando naturalmente á inovação a melhoria dos cuidados de enfermagem. Segundo Shön citado por Alarcão (1991:12) a formação em serviço só é válida se “foi realizada em ambientes de formação profissional prática que integram acção e reflexão na acção, considerando esta como fonte de conhecimentos que se geram na própria acção” (Dias, 2004:45). Pela importância que a formação permanente assume, para que a prática dos cuidados de enfermagem sejam, cada vez mais feitos, tendo em vista a excelência na qualidade, qualquer profissional, neste caso específico, os Enfermeiros, tem constantemente que investir na aquisição e aprofundamento das competências, tendo em conta as constantes evoluções da ciência. As formações realizadas deverão ir de encontro às necessidades de formação dos Enfermeiros, assim como às funções que este desempenha profissionalmente, pois segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2003:102) “o dever de actualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios”.

Partindo do princípio que a formação deve ser dirigida ao contexto do local de trabalho e tendo na prática quotidiana o ponto de partida para a reflexão que leve a um acréscimo do saber profissional, procurei identificar necessidades formativas, Segundo John Dewey citado por Alarcão (1996:175) a reflexão é “...uma forma especializada de pensar. Implica uma perscrutação activa, voluntária, persistente e rigorosa daquilo em que se julga acreditar ou daquilo que habitualmente se pratica, evidencia os motivos que justificam as nossas acções ou convicções e ilumina as consequências a que elas conduzem”.

Promover e participar em projectos do serviço, na área da EMC, era um dos objectivos, que me propunha alcançar, pelo que recebi este aval, com satisfação.

Sendo as UCI's, unidades especializadas no tratamento de doentes com falência multiorgânica e com tecnologia cada vez mais sofisticada para a substituição de funções vitais, as técnicas de substituição da função renal (hemodiálise) e a plasmaférese, são uma realidade nestas unidades, concretamente na UCIP. Após a identificação e percepção da necessidade formativa nesta área e dada a minha experiencia pessoal, uma vez que frequentemente tenho contacto com esta realidade, foi proposto a realização de um inquérito, para levantamento das necessidades formativas e ir de encontro as suas sugestões. Assim, após análise dos mesmos, (anexo VIII) foram elaboradas estratégias em conjunto com o tutor e responsável de serviço e consistiram basicamente em formação teórica/prática, esta, tendo em conta a especificidade

dos serviços de Cuidados Intensivos, segundo Nunes (2007:10) “não deve ser apenas teórica, mas deve ser teórica prática tentando colocar os profissionais em contexto de formação na situação mais próximo do real”, de acordo com o momento para a sua realização, isto é, sempre que havia necessidade de implementação e execução das mesmas.

Foi elaborado um plano de sessão “Técnicas De substituição Da função Renal / Plasmaférese “ (anexo IX), para a sua realização, estas sessões foram efectuadas no decurso do estágio em dias distintos, de acordo com a necessidade e gravidade da situação clínica do doente, ao todo foram efectuadas 12 sessões de formação em hemodiálise, com a presença de 4 Enfermeiros por sessão e 6 sessões de formação em Plasmaférese, com o mesmo número de Enfermeiros, tendo cada formação uma duração de aproximadamente 60 minutos.

Para a realização destas sessões utilizei o método expositivo oral e participativo (execução da técnica pelos formandos), sustentado em documentação previamente elaborada (anexo X e XI) disponíveis para consulta no serviço, assim identificando-me com Nunes (2003:347). “...A formação dos profissionais assume-se como um continuum que começa na formação base e inclui a complementar e a formação contínua. A tónica da formação de adultos é colocada mais no seu carácter activo que na recepção de informação, por se tratar de formação na acção e sobre a acção, as actividades assumem importância central”.

Pretendeu-se ao longo destas sessões que os Enfermeiros adquirissem autonomia na execução da técnica da Plasmaférese, que no meu entender correspondeu de forma satisfatória e exequível, no entanto fica o compromisso de uma colaboração da minha parte para formações futuras sempre que necessário.

Relativamente às técnicas de substituição da função renal, dando seguimento aos objectivos, os mesmos foram igualmente atingidos no sentido da não autonomia para a realização das técnicas dialíticas (hemodiálise/*Sleed*), mas sim a viabilidade da sua optimização, em colaboração com o serviço de nefrologia, isto é sensibilizando para as intercorrencias (alarmes) e espírito de equipa multidisciplinar.

A elaboração e contextualização desta formação, admito ter sido um dos pontos mais positivos do estágio, possibilitou-me comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, aos enfermeiros, transmitindo os resultados da minha prática clínica e da investigação demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, eram objectivos por mim delineados no projecto de estágio, os quais pude concretizar, com as acções anteriormente descritas. Este aspecto facultou-me desenvolver competências na comunicação das minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade.

Da análise reflexiva que fui fazendo das intervenções do Enfermeiro especialista em contexto de Cuidados Intensivos, fui-me apercebendo do seu papel importante no seio da equipa, um profissional que reflecte sobre o fazer e não se cinge ao saber fazer, capaz de mobilizar um conjunto de informação científica, técnica e relacional, não esquecendo os saberes provenientes da sua experiência/ do seu percurso profissional.

Saber, de acordo com Dias (2006), é o conjunto de conhecimentos aprendidos ao longo da vida, que podem ser adquiridos no dia-a-dia como também no âmbito escolar, e que nos irão orientar na nossa tomada de decisão profissional, saberes são “conjuntos de conhecimentos gerais ou especializados que a pessoa vai adquirindo ao longo da vida” (Dias, 2006:69).

Sabendo que do enfermeiro especialista são esperadas competências que lhe permitam ter elevada capacidade de concepção, gestão, supervisão de cuidados e ainda que lhe permitam promover a formação, investigação e acessória na área de intervenção definida para a especialidade, foram meus objectivos de formação aprender a reflectir, dar respostas às necessidades sentidas pelos profissionais, ser uma forma de actualização e manter um espírito aberto à inovação.

Face às exigências do desempenho, os enfermeiros assim como os outros profissionais, vêem-se obrigados a aprender e a desenvolver capacidades ao longo da vida, como tal, adquirir todo um conjunto de competências, privilegiando para tal as situações de trabalho, de modo a desenvolver um perfil profissional próprio, pela integração dos diversos saberes, aproveitando as mais diversas experiências, apliquei na prática os meus conhecimentos da área de especialização e através da formulação e análise de questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem promovi momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/prestados, colaborando para o desenvolvimento de uma consciência crítica face à prática profissional através da formação da equipa de enfermagem.

De acordo com Le Boterf (1994:41) “os conhecimentos adquiridos através da formação são os conhecimentos e as capacidades que os formandos passam a deter depois de completada a sua formação profissional”, a competência é adquirida quando a formação é aplicada devidamente e com conhecimento de causa, nas situações de trabalho concreto. Através da formação experiencial, transversal a toda a vida, em todos os contextos da sua existência e ausente de reconhecimento institucional, transformei a acção em experiência, não me contentando em fazer agir, fiz da prática uma oportunidade de produção de saber, no modo como geri o tempo em função de imposições a respeitar, transformando-o em tempo de aprendizagem e auto-realização.

Ao basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento, estou convicto que desenvolvi competências que traduzem uma aprendizagem, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo, mantendo, de forma contínua, o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, através da formulação e análise de questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

5. CONCLUSÃO

O enfermeiro Especialista detêm um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, assentes num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio, transcritos ao longo deste relatório permitiu-me identificar limitações ou dúvidas procurando resoluções adequadas, promovendo momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/prestados, contribuindo desta forma para o desenvolvimento, interesse e evolução verificados na definição das competências que desejo enquanto enfermeiro especialista, em coerência com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorrente do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

A participação activa nas actividades referidas facultou-me aplicação de conhecimentos, adquiridos e novos, desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, demonstrando capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e juízos ou os condicionem, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório narra um percurso elaborado numa perspectiva de Especialidade de Enfermagem como uma forma de Enfermagem Avançada, com desenvolvimento de competências nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, na gestão da qualidade, na gestão dos cuidados, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais e nas competências específicas em médico-cirurgia (Ordem dos Enfermeiros 2009).

Durante o estágio efectuado tive oportunidade de desenvolver um variado leque de actividades já mencionadas anteriormente pelo que aqui não pretendo repetir essa mesma descrição, mas apenas e só efectuar uma análise dos aspectos que contribuíram ou que dificultaram essa mesma aquisição de competências, de acordo com o enunciado anteriormente.

No SU, O estabelecimento de prioridades é a base da organização dos cuidados de Enfermagem, muito mais ainda quando se trata de um doente urgente/emergente em que uma

má gestão de prioridades pode ser fatal. Durante percurso do estágio, não só me apercebi como vivenciei situações e factos que me fizeram reflectir, nomeadamente o acompanhamento dos doentes num serviço de urgência, de acordo com a Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho e sua não aplicabilidade.

A narrativa de uma experiência vivenciada na UDC (SU) por uma doente, á luz do Código Deontológico do Enfermeiro e da legislação aplicável, permitiu-me certificar a minha prática em conformidade com os mesmos. No Pré-hospitalar, vivenciei no decorrer do estágio na SIV de Santo Tirso, um episódio que me marcou profundamente, um fenómeno da actualidade que se prende com a violência doméstica. Ao reflectir sobre a conduta da equipa, percebi a filosofia dos cuidados prestados no Pré Hospitalar, relativamente aos direitos dos cidadãos, e consequentemente os deveres subjacentes dos profissionais que aí trabalham, realçando o dever do sigilo profissional.

A morte é uma realidade muito difícil e dura, nos cuidados intensivos porém é uma convivência uma vez que os doentes entram em situações muito críticas e por vezes irreversíveis, onde é necessário a ponderação entre o risco/benefício, entre o “deixar viver” ou o “deixar partir”. No decurso do estágio as várias as situações por mim vivenciadas na abordagem do doente terminal, nomeadamente expressões “obstinação terapêutica”, “não investir”..., permitiu-me num binómio de reflexão/acção um cunho de crescimento profissional e pessoal, percebendo que é urgente haver alterações ao nível das instituições e dos próprios profissionais de saúde, onde o morrer deve ultrapassar os limites do interesse individual e abranger o colectivo.

O processo evolutivo verificado ao longo dos estágios só foi possível, ao desenvolver uma pratica profissional e ética no meu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades.

Promover e participar em projectos do serviço, na área da EMC, era um dos objectivos, que me propunha alcançar. Assim, elaborei em conjunto com a colega de estágio, a norma da Via Verde do Trauma, elaborando o respectivo documento “*Norma da Via Verde de Trauma*”, tendo sido disponibilizado aos responsáveis de serviço para posterior análise e ratificação, tendo por finalidade a sua implementação.

Através da análise dos parâmetros definidos pela Ordem dos Enfermeiros em 2004, no domínio das competências da prestação e gestão de cuidados, verifica-se que grande parte deles se refere ao processo de enfermagem, neste sentido, em todo o decorrer dos estágios, tive como objectivo desenvolver a capacidade de conceptualizar os cuidados prestados.

No decorrer do estágio na UCIP na prestação dos cuidados por mim efectuados em equipa, verifiquei um cuidado constante na aplicação das medidas instituídas pela Comissão de Controlo de Infecção do HSJ, seguindo as normas e instruções imanas pelo Ministério da Saúde (DGS-Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos

Cuidados de Saúde 2007). Ao reflectir sobre estas práticas, compreendi a importância de prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência e do rigor dos procedimentos no doente crítico, pois toda a prática de cuidados da UCIP, é fundamentada nas recomendações do Ministério da Saúde, OMS e demais publicações científicas

Durante os três módulos de estágio, tive a oportunidade de constatar que a dor, é um fenómeno comum, no SU, pela reflexão/acção percebi a necessidade, das intervenções autónomas de enfermagem face ao foco “dor” pertencente ao domínio não farmacológico, os seus registos e dificuldades nos mesmos, aproveitando momentos como reuniões informais, propondo como acções diversas técnicas, sugerindo ainda para além destas medidas a utilização de um quadro com, Intervenções de Enfermagem (Nursing Intervention Classification-NIC).

Na UCIP, percebi a importância da especial atenção por toda a equipa multidisciplinar ao controlo da dor do cliente e a importância da identificação, avaliação, documentação e controlo da mesma, já no decurso do estágio Pré Hospitalar, pude constatar que a avaliação e controle da dor é fundamental para as equipas do pré hospitalar, essencialmente nas SIV de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, já no que diz respeito a actuação da VMER, constatei que o fundamental é o controlo imediato da dor, prescindindo do uso de escala.

A participação activa nas actividades mencionadas anteriormente, desempenhou um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro

No Domínio da Gestão dos Cuidados o contacto com cada um dos campos de estágio, permitiu-me, abordar, métodos de trabalho, métodos de organização, liderança, transporte de doente crítico, tomada de decisão no Pre-hospitalar, equipa multidisciplinar, registos de Enfermagem, instrumentos de avaliação da carga de trabalho, estudo de caso, comunicação perante a pessoa/família em situação crítica, vivências de problemáticas, sócio-políticas, humanas e ambientais em articulação com os Cuidados de Saúde Primários no pré hospitalar

Esta análise crítica permitiu-me desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, estabelecendo relações de trabalho construtivas com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados. Ao reflectir sobre a minha prática diária e actuação das diversas equipas de Enfermagem, permitiu-me desenvolver o relacionamento com o doente e a família, comunicando com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, promovendo a relação de ajuda e a comunicação através da interacção. Sobre as dificuldades das vivências, que são sentidas pelo cliente e família, em contexto pré-

hospitalar, permitiu-me abordar situações imprevistas e complexas de modo sistemático e criativo e produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei e que são fundamentais na minha área de especialização.

A formação de enfermeiros numa perspectiva da formação permanente é um factor estratégico de mudança. Face às dúvidas e às necessidades sentidas, indo ao encontro de Fortin (2003) quando define revisão de literatura como um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação, também eu procedi às revisões bibliográficas que se mostraram pertinentes, ao longo dos Módulos de Estágio. No SU em função da minha experiência no manuseamento de cateteres venosos centrais (CVC), detectei necessidade de formação, optando por em sessões informais com a equipa, partilhar as minhas impressões e experiências nesta área, o que foi bem aceite com agrado. No Pré hospitalar entendi, em conjunto com a tutora e dois colegas do curso, abordar uma temática relacionada com a nossa prática de longos anos no serviço de Nefrologia do Hospital de São João. Assim efectuamos uma acção de formação subordinada ao tema “ Emergências Associadas ao Insuficiente Renal no Pré Hospitalar”.

Na UCIP a formação em serviço, ocorreu em contexto de trabalho, de forma formal ou informal articulada com a acção, permitindo o desenvolvimento integrado de competências dos Enfermeiros no serviço, levando naturalmente à inovação a melhoria dos cuidados de enfermagem. Sendo as UCI's, unidades especializadas no tratamento de doentes com falência multiorgânica, as técnicas de substituição da função renal (hemodiálise) e a plasmaférese, são uma realidade nestas unidades, assim, após análise das necessidades formativas, foram elaboradas estratégias em conjunto com o tutor e responsável de serviço e consistiram basicamente em formação teórica/prática, esta, tendo em conta a especificidade dos serviços de Cuidados Intensivos, não deve ser unicamente teórica, mas antes, tentando colocar os profissionais em contexto de formação teórica prática na situação mais próximo do real.

O anteriormente enunciado, facultou-me desenvolver competências na comunicação das minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade, desenvolvendo o auto - conhecimento e a assertividade, baseando a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Concluindo com a obtenção e conjugação de todos estes aspectos pretendo continuar a desenvolver-me como enfermeiro especialista, o que implica um conhecimento aprofundado e pertinente no papel do enfermeiro especialista, nos serviços, entre os seus pares, junto à pessoa e família, como detentor de competências reconhecidas num cuidar específico e direccionado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alarcão, I. 1991. Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os seus programas de formação para professores. Supervisão e formação de professores, Cadernos Cidine, Aveiro, p. 5-22.
- ✓ Alarcão, I. 1996. Formação reflexiva de formadores. Porto Editora, Porto.
- ✓ Aleixo, F. 2007. Unidade de Cuidados Intensivos [Em linha]. Centro hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE. [Consult. 18 Nov. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.chb.algarvio.minsaude.pt/Downloads_HSA/CHBAIg/Servi%C3%A7os/UCI/Manual%20de%20Enfermagem%20UCI.pdf>.
- ✓ Almeida, M. A. 2002. Competências e o processo de ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem: concepções de docentes e discentes. Universidade Católica do Rio grande do Sul [Consult. 15 de Nov.2010]. Disponível em WWW <URL: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1791>>
- ✓ Almeida, P. J. S. Pires, D. 2007. E. P -O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Rev. Eletr. Enf. [em linha]. [Consult. 18 Maio 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a05.pdf>>
- ✓ Assembleia da República. 1999. Lei N.º33/09, sobre o direito ao acompanhamento dos utentes no SU «D.R. I Série». 134(99-07-14) 4467.
- ✓ Baltazar P.2000. TISS-28. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de St. António dos Capuchos. Lisboa.
- ✓ Barreto, S. et al. 2001. Rotinas em Terapia Intensiva, 3ª Edição. Artmed Editora, Porto Alegre.
- ✓ Benner, P. 2005. De Iniciado a Perito: Excelência e Poder da Prática Clínica de Enfermagem, 2ª edição. Quarteto, Coimbra, 262 p.
- ✓ Conishl, R.M. Y., Gaidzinski, R.R. 2007. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. Rev Esc Enferm USP; 41(3): 346-54. [em linha]. [Consult. 17 Maio 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/02.pdf>>.
- ✓ Conselho Internacional de Enfermeiros 2005 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): versão Beta 2, 3.ª edição. Lisboa.
- ✓ Deodato, S. 2004. Do dever de sigilo. Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 15.
- ✓ Deodato, S. 2006. Dilemas Éticos no Exercício Profissional dos Enfermeiros. Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 21.
- ✓ Deodato, S. 2008. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: valoração da sociedade, Almedina.
- ✓ Dias, J.2004. Formadores: que desempenho? Lusociência. Camarate.

- ✓ Dias, M. 2006. Construção e Validação de um Inventário de Competências – Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado, Lusociência, Lisboa.
- ✓ Direcção Geral de Saúde, 2003. - Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento, Lisboa. ISBN 972-675-097-0.
- ✓ Direcção Geral de Saúde. 2007. - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa
- ✓ Direcção Geral de Saúde. 2008. Programa Nacional de Controlo da Dor, Circular Normativa da DGS Nº 11/DSCS/DPCD.
- ✓ Direcção Geral de Saúde. 2010. Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO – Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. DGS, Lisboa, 26p.
- ✓ Entidade Reguladora da Saúde. 2009. Consentimento Informado - Relatório Final. [Consult.20 Maio 2010] Acessível em: <http://www.files.malmequer.webnode.com.pt/200000002-8656b87504/Estudo-CI.pdf>
- ✓ Fernandes, A.A 1997. Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal, Celta Editora, Oeiras.
- ✓ Feytor Pinto, V. 1991. Entre a vida e a morte, a razão da esperança. Servir. nº 1 (Janeiro – Fevereiro), Lisboa p.9-22
- ✓ Fontes, K. B. Jaques, A. E. 2007. O Papel da Enfermagem Frente ao Monitoramento da Dor como 5 Sinal Vital. Cien Cuid S a u d e 6 (Suplem.2): 481-487.
- ✓ Fortin, M.F. 2003. O processo de Investigação, da concepção à realização, 3ªed. Lusociência, Loures, p. 74.
- ✓ Hesbeen, W. 2000. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar, s. Ed. Lusociência, Loures, 201 p. Tradução de: Maria Isabel Baptista Ferreira. ISBN: 972-8383-11-8.
- ✓ Instituto Nacional de Emergência Médica. 2007. Suporte Imediato de Vida. Revista Via Verde para a Vida nº 21:4-5.
- ✓ Instituto Nacional de Emergência Médica. 2008. Código de Ética dos Profissionais do INEM, Conselho Directivo do INEM, 3p.
- ✓ Kubler-Ross, E. 1998. Sobre a morte e o morrer. Martins Fontes. São Paulo.
- ✓ Le Boterf, G. 1994. Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. Formar. Vol.10.p. 41-42.
- ✓ Libâneo, J.C. 2003. Didáctica. Cortez. São Paulo.
- ✓ Lopes, M. 2000. A natureza dos cuidados de enfermagem: alguns contributos para a sua clarificação. Sinais Vitais vol.30: p. 35-42.
- ✓ Macphail, E. 2001. Panorâmica da enfermagem de urgência. In Sheely, S. Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática. Lusociência, Loures, p.5-7.
- ✓ Mafra, E. G., Barbosa, S. F. F. 2009. Medida da Carga de Trabalho de Enfermagem em Uma Unidade de Terapia Semi-intensiva segundo o Nursing Activities Score (N.A.S).

- ✓ Manthey, M.1980. A Prática De Primary Nursing (Enfermeira Principal). Creative Nursing Management, Minneapolis, p 1-85.
- ✓ Martins, M. C. 2004. Da delegação; do sigilo; do consentimento. Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 15:p. 56.
- ✓ Matos, A. Sobral, A. 2010. Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, nº1. P.61.
- ✓ Meleis et al, 2000. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advanced Nursing Science vol.23, p.12-28.
- ✓ Moore, T.1997. O Sentido da Alma: como desenvolver a dimensão profunda e sagrada da vida quotidiana. Planeta Editora. 6ª ed.
- ✓ Neto, M.2002. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Editora Atheneu, São Paulo
- ✓ Neves, M.C.P. e Pacheco, S. 2004. Para uma Ética da Enfermagem: desafios. Gráfica de Coimbra, Coimbra. ISBN 972-603-326-8.
- ✓ Nunes, F.M.F. 2007.Tomada de decisão de enfermagem em emergência. Revista Nursing Ano 17, nº 219: 7-11.
- ✓ Nunes, L. 2003. Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998). Lusociência. Loures.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, 2002. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. 2003. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. 2007. Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema. Lisboa.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. 2008. Dor: Guia Orientador De Boa Prática. Cadernos OE, Serie 1, Numero 1. Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. 2009. Modelo de Desenvolvimento Profissional, Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. 2ºcaderno temático da ordem dos enfermeiros, Lisboa, 46p.
- ✓ Pessini, L. 2003. Distanásia: Até quando investir sem agredir? Revista Bio 1. Vol. 4. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 14de Junho de 2010.
- ✓ Phipps, W. (et al.). 2003. Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica, 6ª ed. Lusociência, Loures, 2670 p.
- ✓ Ponce, P. Teixeira, J.2006 coord. – Manual de urgências e emergências. Lidel. Lisboa ISBN 978-972-757-365-3.
- ✓ Portugal, 1995. Ministério da Justiça -Código Penal Português, artigo 157º,195ºe 196º, aprovado pelo D.L. nº 48/95 de 15 de Março.
- ✓ Portugal, 2007. Lei Orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica, Decreto-lei nº 220/2007 Diário da República, 1.a série — Nº 103—29 de Maio

- ✓ Portugal. 1991. Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 437/91. D.R. I Série-A – Nº 257 de 8 de Novembro.
- ✓ Portugal. 1990. Ministério da Saúde - Lei de Bases da Saúde na sua Lei N.º 48/90, de 24 de Agosto «D.R. I Série». Nº 195, (Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro).
- ✓ Portugal Constituição da República Portuguesa, artigo 26º, nº1, relativa a outros direitos pessoais.
- ✓ Portugal. 2009. Ministério da Saúde – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei nº 111/2009, «D.R. I Série», 16 de Setembro de 2009.
- ✓ Portugal. 1978 - Declaração Universal dos Direitos do Homem. Adoptada e proclamada pela Assembleia Geral na sua Resolução 217-A (III), de 10 de Dezembro de 1948 e Publicada no «D.R. I Série-A», n.º 57/78 (78/03/09).
- ✓ Reiriz, et al. 2006. Cuidados Paliativos, a Terceira Via entre Eutanásia e Distanásia: Ortotanásia. Prática Hospitalar [Consult. 15 de Nov.2010] Ano VIII • Nº 48 • Nov- Dez/ Disponível em [www <URL: http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2048/pdfs/mat%2018.pdf](http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2048/pdfs/mat%2018.pdf)
- ✓ Reis, M.D, de Rilk A, SchaufeliW.1996. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS 28items. Results from a multicenter study. Critical Care Medicine, 24: 64-73.
- ✓ Rigotti, M. A., Ferreira, A.M. 2005. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Arq Ciênc Saúde. Jan-mar, 12(1). 50-4.
- ✓ Rodrigues, M. I. R., Cordeiro, C.M. C.2007.CIPE: Um Contributo para a Enfermagem... Ou Uma Nova Maneira de Registar? Revista Sinais Vitais. Nº 74, p. 16). ISSN 0872-8844.
- ✓ Romão et al. 2003. Censo SBN 2002: Informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. J Bras nefrol25,p. 188-199.
- ✓ Sá-Chaves, I. 2000. Formação, competências e conhecimento profissional.p.47 in: Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação balanço de um projecto. (Costa, M., Mestrinho, M., Sampaio, M.), Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 39-48.
- ✓ Sheehy, S. 2001. Enfermagem de urgência: da teoria à prática, 4ª Edição. Lusociência, Loures.
- ✓ Silva, A.A. P. 1995. Registos de Enfermagem: da tradição SCRIPTO ao discurso Informo. ICBAS, Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Porto.
- ✓ Soares, D. 2004. Fim de Vida: limitação do esforço terapêutico. Nursing. Nº 189, Junho. p. 16-18.
- ✓ Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Comissão da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos.2008. Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa.

- ✓ Sousa, L. et al 2004. Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice, Edições Âmbar. Porto.
- ✓ Sousa, M. A.(Bastonária da Ordem dos Enfermeiros). 2007. Consentimento Informado para intervenções de Enfermagem - 15 de Março. [Consult. 20 Maio 2010] Acessível em: [http:// www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).
- ✓ Souza, F. M. and E. Soares (2006). "A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo", Revista Brasileira de Enfermagem **5** vol.59.p. 6.
- ✓ Tappen, R. 2005. Liderança e Administração em Enfermagem – Conceitos e Prática, 4ª ed. Lusociência, Loures.
- ✓ Tavares, J. 2002. A cidadania no cuidar. Informar: revista de formação contínua em enfermagem. Ano 7, nº27, Jan. Abr., Porto. p. 4-8.
- ✓ Timby, B.K.2007.Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem, 8ª ed. Artmed, Porto Alegre
- ✓ Universidade Católica Portuguesa. 2009. "Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica» Enquadramento." [Consult. 22 de Fevereiro2011]. Disponível em: <http://www.porto.ucp.pt/ics/>.
- ✓ Velez, L.S. 2009. Formação em Serviço: uma necessidade ou uma calendarização. Revista Sinais Vitais, Coimbra. Nº87. p. 44-46. ISBN 0872-8844.
- ✓ Vieira, J.A, Castro J.C., Gomes R.M. 2002. Dificuldades inerentes à actuação do enfermeiro perante um utente com necessidade de reanimação Cardio-Respiratória.
- ✓ Walker R, Wang H. 2004. The burden of kidney disease: improving global outcomes. Kidney Int.; 66:1310-4.
- ✓ World Health Organization (WHO). (2005) World Alliance for Patient Safety. Who guidelines on hand hygiene in health care: Summary clean hands are safer hands. World Health Organization. Geneva.
- ✓ Zinn G. R. (et al). 2003. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Revista Latino-Americana de Enfermagem nº3 vol 11: 326-332.

ANEXOS

ANEXO I

“Norma da Via Verde de Trauma”



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA**

NORMA VIA VERDE DE TRAUMA

Realizado por:

**Aires Moutinho
Almerinda Soares**

Porto, Junho de 2010

Índice

0. INTRODUÇÃO	3
1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	5
2. NORMA DA VIA VERDE DE TRAUMA.....	6
3. CONCLUSÃO.....	10
BIBLIOGRAFIA	10
ANEXOS - NORMA DA VIA VERDE DE TRAUMA	
- POWER POINT	

0. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge enquadrado no âmbito do 3º curso de Mestrado de EEMC da UCP do Porto. Resulta da identificação de uma necessidade formativa identificada no contexto de um processo transição vivenciado pelo serviço em que decorre o estágio, mediante a nossa disponibilidade e interesse foi-nos proposta a colaboração na implementação da Via Verde Trauma, através da elaboração de uma norma de actuação, à qual segundo recomendação do Ministério da Saúde todos os Hospitais enquadrados num perfil previamente determinado, em que se inclui o Hospital São Sebastião, têm obrigatoriamente que implementar, cumprindo as metas estabelecidas.

A elaboração desta norma pretende garantir que o nível e a qualidade dos cuidados prestados no local e durante o transporte, tenham a devida continuidade no sentido de proporcionarmos às vítimas de trauma a devida actuação, numa perspectiva de melhor atendimento, tendo em vista uma efectiva e eficaz actuação em contexto de uma equipa multidisciplinar, perfeitamente capaz de responder de uma forma adequada, com vista a um rápido restabelecimento.

Partindo da reflexão sobre a conduta que o enfermeiro deve ter no atendimento ao doente, vítima de trauma à luz dos princípios ético-deontológicos e legais, pretendemos com este trabalho demonstrar capacidade de reflectir sobre um problema identificado na prática, e através de uma análise académica avançada alicerçada em evidências e recomendações de peritos na área da traumatologia, contribuir para a melhoria das práticas sensibilizando os profissionais para o tema. Para cumprir o nosso objectivo propomo-nos colaborar na elaboração da norma da Via Verde do Trauma.

O trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, incluindo Portugal. Se considerarmos todas as faixas etárias, apenas as doenças cardiovasculares e o cancro apresentam taxas de mortalidade superiores ao trauma.

No século actual, o desenvolvimento de grandes centros urbanos e o consumo de drogas provocaram um aumento da violência o que, acrescido de outros factores como o aumento das acções terroristas e de guerras regionais e o aumento do número de acidentes de trânsito, leva a que se possa considerar o trauma quase como uma pandemia da sociedade moderna.

A preocupação do Homem com o trauma é bem antiga e muitos relatos históricos referem-se à prática médico-cirúrgica em campos de batalha, por exemplo, ou nos acidentes de trabalho, reflectindo grande preocupação com os problemas das fracturas, sobretudo das fracturas expostas.

E apenas em 1922 o Colégio Americano de Cirurgiões formou o seu primeiro Comité de Trauma.

Verdadeiramente, só a partir da última metade do século XX teve início uma preocupação crescente com as vítimas do trânsito automóvel e a análise das causas de morte nos traumatizados levou ao aparecimento do conceito de “morte evitável” neste grupo de doentes.

Nos últimos anos, os conhecimentos entretanto adquiridos na organização dos cuidados pré-hospitalares e hospitalares têm vindo a diminuir de modo significativo quer a mortalidade quer a morbilidade associada ao trauma.

É, hoje, largamente reconhecido que, tal como para o Acidente Vascular Cerebral, o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Sépsis, também para o Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas. Neste sentido, a Direcção-Geral da Saúde (DGS), determina implementação de uma Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado -Via Verde de Trauma (VVT). A implementação desta “Norma”, começará pelos Serviços de Urgência Polivalentes, sendo previsível que esta primeira fase esteja concluída até ao final de 2010. A sua concretização em todo o universo dos Serviços de Urgência deverá ocorrer até final de 2011 (Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial da Saúde emanou, recentemente, recomendações e *guidelines* para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado.

Assim a DGS traduziu e adaptou as orientações existentes a nível nacional e internacional, com a participação activa de um grupo de peritos e representantes dos vários Colégios da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros e das Sociedades Científicas afins ao tema.

Sendo, hoje em dia, aceite pela comunidade científica que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes traumatizados é imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, assim como a instituição, em tempo útil, de terapêutica optimizada.

O trauma é claramente uma situação de Emergência que exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata, metódica e organizada.

A Emergência Médica encontra-se organizada em Portugal através do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) sendo esta definida como *“Uma emergência estritamente ligada à área da saúde e abrange todos os procedimentos julgados necessários na prestação do socorro à (s) vítima (s) de acidente ou doença súbita, desde o local da ocorrência até ao estabelecimento do tratamento que a situação exige, na unidade de saúde mais adequada, passando pelo transporte adequado”*. (Mateus, 2007, p. 35).

Assim a Emergência Médica tem como campo de actuação o período de tempo compreendido entre o momento de ocorrência da situação, sendo esta doença súbita ou acidente e o momento de entrada no hospital. A Emergência Médica actua em situação de comprometimento, já estabelecido ou eminente, das funções vitais.

O SIEM possui uma sequência de várias fases a cumprir para que os cuidados de saúde ao cidadão ocorram da melhor forma. A primeira fase é a Detecção, que corresponde ao momento em que alguém se apercebe da presença de uma ou mais vítimas de doença súbita ou acidente. Posteriormente dá-se o Alerta, ou seja o momento em que se contactam os serviços de Emergência. A próxima fase é o Pré-socorro e é cumprida através do aconselhamento feito no momento de contacto com o CODU. O Socorro é feito pelos meios accionados pelo CODU, tendo em conta os existentes na área de saúde. De seguida o Transporte, após estabilização do doente, é da responsabilidade do médico, tendo em conta o tipo de doente e os locais de referência. Por fim o Tratamento na Unidade de Saúde, que deverá corresponder ao tratamento no serviço adequado ao estado clínico do doente.

A prestação de cuidados neste contexto exige uma formação estruturada, para que se desenvolvam competências específicas, abrindo caminho para a organização das práticas de trabalho, agindo nesta situação com a máxima brevidade e eficiência.

2. NORMA DA VIA VERDE DE TRAUMA

Via Verde (VV), pode entender-se como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.

Tal como acontece já nas VV da Sépsis, do AVC e Coronária, o projecto na área do Trauma tem como objectivo atender e tratar os doentes em tempo útil e com a resposta mais eficaz, evitando tempos de espera e possíveis sequelas. Aliás, estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam para a redução em cerca de 20% do número de mortes nas vítimas de traumas, nos países onde existem as linhas abertas directas ao local de tratamento.

Tendo em conta os pressupostos acima mencionados a operacionalização da VVT no Serviço de Urgência (SU) do CHEDV unidade de Santa Maria da Feira, deve obedecer aos seguintes passos após a entrada no SU: Inicialmente é feita a triagem pelo Enfermeiro, através da aplicação dos critérios de activação desta via, estes critérios dizem respeito a achados fisiológicos e a achados relativos à anatomia da lesão:

- **Sinais Vitais – Nível de Consciência:**

- Frequência Respiratória <10 ou> 29 C/minuto
- SaO₂ <90% com O₂ suplementar
- Pressão Arterial Sistólica <90 mmHg
- Escala de Coma de Glasgow <14 ou queda> 2 pontos desde acidente

- **Anatomia da Lesão:**

- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
- Retalho costal
- Fractura de 2, ou mais, ossos longos
- Fractura da bacia
- Fractura do crânio com afundamento, com ECG <14
- Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
- Associação trauma + queimaduras
- Queimaduras Major/Graves: 2.º Grau> 20% ou 3.º Grau> 5%
- Queimaduras com inalação
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés.

Contudo aquando da existências de co-morbilidades importantes e/ou extremos de idade, poderá ser considerada a activação da equipa.

As vítimas que apresentem os critérios da activação da VVT deverão ser encaminhadas para a sala de Reanimação, todas as outras vítimas de trauma deverão ser encaminhadas para a sala de Pequena Cirurgia (PC).

A avaliação e a reanimação do doente com trauma grave requer um atendimento em

equipa multidisciplinar, em que cada elemento da equipa deve saber o seu plano de actuação em perfeita sintonia e integração com a metodologia de atendimento efectuado pela equipa de trauma, e esta deverá possuir formação e experiência em trauma e incluir os seguintes profissionais do Serviço de Urgência Médico- Cirúrgica (SUMC):

- Intensivista ou, na sua ausência, Médico com formação e experiência em Medicina de Emergência, com a Competência em Emergência. Em caso de criança, Médico Pediatra com SAV Pediátrico, se existir.
- Médico Anestesta com formação e experiência em trauma (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência – SAV, Suporte de Vida em Trauma e Suporte de Vida Pediátrico. Enfermeiro com formação especializada em Pediatria e formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico, em caso de crianças, se existir.
- Segundo Enfermeiro (se houver necessidade e/ou possibilidade de afectação) com experiência em cuidados de emergência - SAV e Suporte de Vida em Trauma.
- Auxiliar de Acção Médica, conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência com formação em SBV e Técnicas de Trauma.

Considerando a situação, poderá ser solicitada apoio consultivo às diferentes especialidades. Segundo a DGS (2010), equipa de trauma consultiva é a equipa multidisciplinar que apoia a equipa nuclear já descrita anteriormente, esta equipa, no todo ou em parte, poderá ser necessária para a abordagem do doente traumatizado em Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica ou Polivalente. É fundamental que os elementos que a compõem tenham conhecimento dos protocolos de trauma em vigor. A sua intervenção na abordagem e tratamento de lesões deve ser feita com a adequada articulação e sob a orientação do Coordenador da Equipa de Trauma.

A abordagem inicial /exame primário deve ser efectuada em qualquer nível de cuidados. Mais do que dos recursos existentes, a abordagem inicial está dependente da organização e da estruturação do atendimento.

A sequência “ABCDE” do American College of Surgeons é a metodologia universalmente aceite e a recomendada no nosso País e consiste em:

A – Via aérea com controlo cervical, avaliação e controle da via aérea, através de técnicas básicas e avançadas, tendo sempre em consideração a estabilização cervical.

B – Ventilação e oxigenação, avaliar e controlar a ventilação assistida e entubação endo – traqueal, se necessário potenciando a oxigenação.

C – Circulação com controlo de hemorragias, pesquisar sinais de choque, pesquisar e controlar a hemorragia externa, diagnosticar a hemorragia interna e iniciar reanimação

com fluidos, se necessário.

D – Disfunção neurológica, avaliar e monitorizar a presença ou evolução do estado de consciência e défices neurológicos.

E – Exposição, expor a vítima, controlando a temperatura e pesquisando outras lesões.

Esta fase dos cuidados clínicos exige acções bem coordenadas, a metodologia de intervenção deve ser efectuada em equipa, em que cada elemento tem objectivos claros e responsabilidades bem definidas, nessa sequência de intervenção, de modo a possibilitar uma mais rápida identificação e correcção das anomalias encontradas.

A par desta avaliação inicial, deve proceder-se à monitorização da vítima, respectivas rotinas, colheitas laboratoriais, bem como exames imagiológicos, conforme norma instituída no SU.

Após esta fase deve ser feita uma avaliação secundária, em que se faz uma apreciação pormenorizada e detalhada de toda a vítima com o intuito de diagnosticar todas as lesões minor.

O processo formativo constitui um investimento quando enquadrado em projecto global de melhoria da organização e prestação de cuidados ao traumatizado, a formação será determinante para a resposta adequada ao trauma, para a rentabilização da capacidade instalada, para a planificação correcta dos cuidados, com o objectivo de conferir competências práticas para o bom desempenho.

A formação permanente assume um papel determinante, tendo em vista a excelência na qualidade. Qualquer elemento da equipa multidisciplinar, tem constantemente que investir na aquisição e aprofundamento das competências, tendo em conta as constantes evoluções da ciência.

Tendo em conta Dias *et al* (2003, p.59) a formação permanente está vocacionada *“para transmitir a aprofundar conhecimentos nas vertentes teóricas e práticas; é divisível em contínua e em serviço, sendo aquela a porção que se alcança com a frequência de jornadas, congressos e demais eventos da mesma natureza. A formação em serviço tem os mesmos objectivos que a anterior, com a particularidade única de se desenrolar no âmbito e contexto laboral”*

A implementação da VVT implica a formação específica, devendo o programa de formação incluir cursos de três tipos:

- Curso de Suporte Avançado de Vida em Trauma, para médicos;
- Curso de Suporte de Vida em Trauma, para enfermeiros;
- Curso de Técnicas de Trauma para assistentes operacionais.

A par da formação dos grupos profissionais existente, considerando a debilidade da presente realidade, reconhecendo a importância dos cuidados iniciais no local e durante o transporte, bem como valorizando a experiência internacional, assume-se como estratégico o investimento na profissionalização dos serviços no socorro pré hospitalar.

A DGS também refere a importância de assegurar a existência e a

acessibilidade imediata do material, equipamento e fármacos necessários à concretização dos vários passos, inerentes ao nível de responsabilidade do SUMC.

A AHRQ (2003) define os erros em cuidados de saúde como “ enganos realizados no processo de cuidados e que resultam ou têm potencial para resultar em dano para o doente”. A mesma agência apresenta os erros em quatro categorias: erros de diagnóstico; de tratamento; de cuidados preventivos e erros envolvendo falhas (que poderão ser do sistema de comunicação, dos equipamentos e do sistema de cuidados de saúde).

Neste sentido importa implementar um programa de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado. Este terá diferentes níveis de complexidade, sendo recomendável que se proceda gradualmente à sua evolução e implementação através de reuniões de discussão de mortalidade e morbilidade, criação de um painel de revisão das “mortes evitáveis”, monitorização de “filtros de auditoria”, complicações e efeitos adversos e adopção de medidas correctivas.

3. CONCLUSÃO

O presente trabalho resulta de uma necessidade, de dotar os elementos de equipa multidisciplinar do serviço de urgência, de informação e competências de como deve ser usada e aplicada a via verde do trauma.

Pretende-se com este projecto, que a equipa multidisciplinar seja capaz de actuar face a uma situação de uma vítima de trauma, de modo que a prestação de cuidados seja realizada de uma forma célere e eficiente na resposta ao doente vítima de trauma. Esta implementação da via verde do trauma resulta de uma obrigação legal, em todo o país, fazendo com que a resposta ao doente vítima trauma seja feita, com o acompanhamento adequado por parte de uma equipa multidisciplinar, que envolve os meios de socorro pré-hospitalares, assegurando por todos os meios disponíveis e a abordagem mais correcta e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção adequada na unidade de saúde.

A via verde do trauma pretende assegurar a continuidade dos cuidados e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de trauma, na unidade hospitalar de referência.

A utilização de normas e protocolos tem como vantagens permitir a uniformização e universalização de acções, e sendo desenvolvidas com base em evidências científicas, constituem ferramentas que podem ajudar os profissionais a identificar os cuidados adequados à saúde para circunstâncias clínicas específicas.

O uso desta norma, como instrumento prático e simples, permite estabelecer uma metodologia segura que engloba uma sequência de procedimentos que permitem minimizar os riscos específicos.

Pensamos com este trabalho ter atingido o objectivo proposto inicialmente e reflectido na importância do mesmo. Gostaríamos de ter implementado a norma por nós elaborada, mas tal não depende da nossa vontade, dado que a mesma necessita de aprovação por parte da direcção hospitalar, contudo propomo-nos discutir e reflectir sobre este tema numa formação em serviço com a equipa multidisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (s.d.), “Advancing Excellence in Healthcare”. Página consultada a 25 de Maio de 2010, <http://www.ahrq.gov>

COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO. Um ano de reflexão e mudança. Porto, Administração Regional de Saúde do Norte, 2009 www.arsnorte.min-saude.pt

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE- Circular Normativa nº 07/DQS/DQC,2010

MASSADA,_S.R.- Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa, Porto. Medisa - Edições e Divulgações Científicas, 2002

MATEUS, B.A.- Emergência médica pré-hospitalar - Que realidade Loures. Lusociência, 2007

MOCKC et al- Guidelines for essencial trauma care. Geneva, World Health Organization, 2004.

ORDEM DOS MÉDICOS- Normas de Boa Prática em Trauma, Lisboa, 2009

SÁ-CHAVES, I. – Formação, competências e conhecimento profissional. in: Costa, M., Mestrinho, M., Sampaio, M. Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação balanço de um projecto. Lisboa, Departamento de Recursos Humanos da Saúde,pp.39-48,2000.

ANEXO

Norma da Via verde de trauma



Tipo de documento: Norma				N.º / Revisão –	
				Data –	
Nome: Via Verde do Trauma				Previsão revisão – 3 anos	
Palavras-chave				Página 1 de 5	
Elaborado em		Aprovado em ____/____/____		Doc. Revogados ____/____/____	

Âmbito

Aplica-se na abordagem dos utentes vítimas de trauma no serviço de Emergência do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV).

Objectivos

- Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, abordando-os de maneira sistematizada, de forma a recuperar integralmente o utente, ou monitorizar as consequências das suas lesões.
- Criar registo em trauma.

Referências

Descrição

4.1 Triagem

4.1.1 A triagem é feita pelo Enfermeiro, através da aplicação dos seguintes critérios de activação da Via Verde de Trauma (VVT):

Sinais vitais e nível de consciência

- Frequência respiratória <10 ou> 29 C/minuto
- SaO₂ <90% com O₂ suplementar
- Pressão Arterial sistólica <90 mmHg
- Escala de coma de Glasgow <14 ou queda <2 pontos desde o acidente

Anatomia da lesão:

- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
- Retalho costal
- Fracturas de 2, ou mais ossos longos
- Fractura da bacia
- Fractura do crânio com afundamento, com ECG <14
- Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
- Associação trauma+ queimaduras
- Queimaduras Major/ Graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%
- Queimaduras com inalação
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés

Contudo aquando da existências de co-morbididades importantes e/ou extremos de idade, poderá ser considerada a activação da equipa.

4.1.2 As vítimas que apresentem critérios de activação da V.V.T. deverão ser encaminhadas para a sala de reanimação, todas as outras vítimas deverão ser encaminhadas para a Pequena Cirurgia (PC)

4.2 Admissão na sala de reanimação

4.2.1 Equipa de Trauma

- Intensivista ou, na sua ausência, Médico com formação e experiência em Medicina de Emergência, com a competência em Emergência. Em caso de criança, Médico Pediatra com SAV Pediátrico, se existir
- Médico Anestesta com formação e experiência em trauma (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência - SAV, Suporte de Vida em Trauma e Suporte de Vida Pediátrico. Enfermeiro com formação especializada em Pediatria e formação em Suporte Avançado de Vida

Pediátrico, em caso de crianças, se existir.

- Segundo Enfermeiro (se houver necessidade e/ou possibilidade de afectação) com experiência em cuidados de emergência - SAV e Suporte de Vida em Trauma.
- Auxiliar de Acção Médica, conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência com formação em SBV e Técnicas de Trauma.

4.2.2 Considerando a situação, poderá ser solicitado apoio consultivo às especialidades adequadas (cirurgia, Ortopedia, Pediatria, Neurologia, etc.)

4.3 Procedimentos na sala de reanimação

4.3.1 Avaliação inicial

A abordagem inicial/exame primário deverá ser realizado e cumprido em menos de 20 minutos.

A sequência a aplicar deve ser a “ABCDE”, estabelecida pelo American College of Surgeons.

A- Via aérea com controle cervical – avalia e controle a V.A., através de técnicas básicas e avançadas, tendo sempre em consideração a estabilização cervical.

B- Ventilação e oxigenação – avaliar e controlar a ventilação assistida e EET se necessário potenciando a oxigenação.

C- Circulação com controle de hemorragia, pesquisar sinais de choque, pesquisar e controlar hemorragia externa, diagnosticar a hemorragia interna e iniciar reanimação com fluidos se necessário.

D- Disfunção neurológica – avaliar e monitorizar a presença ou evolução do estado de consciência e défices neurológicos.

E- Exposição – Expor a vítima, controlando a temperatura e pesquisando outras lesões.

4.3.2 Adjuvantes da avaliação inicial

Monitorização

- Frequência respiratória
- Oximetria de pulso
- CO2 expirado em doentes ventilados
- Electrocardiograma e frequência cardíaca
- Pressão arterial
- Gases do sangue
- Temperatura
- Débito urinário
- Monitorização de lactato sérico

Rotinas e colheitas laboratoriais

- Introdução de sonda gástrica
- Algáliação, após avaliação perineal
- Glicemia capilar
- Hemograma com contagem de plaquetas
- Estudo da Coagulação
- Grupo de Sangue com provas cruzadas
- Bioquímica
- Alcoolemia
- Pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso
- β HCG – nos doentes do sexo feminino entre os 12 e os 50 anos

Imagiologia

Os exames radiológicos a requisitar nesta fase deverão ser definidos em função da avaliação previamente realizada. Contudo todas as vítimas devem realizar por rotina, os seguintes exames:

- Radiografia antero-posterior do tórax (na sala de emergência sempre que possível)
- TAC cervical, desde o occipital até T1, com reconstruções sagitais e coronais
- Radiografia antero-posterior e de perfil de toda a coluna, se o doente estiver em coma ou não colaborante.
- Radiografia da bacia (na sala de emergência sempre que possível).
- Ecografia Toraco-Abdominal (“FAST”, na Sala de emergência sempre que possível).
- TAC cerebral.
- A ecografia Toraco-Abdominal deve ser executada durante a fase C da avaliação primária, pois o seu objectivo é identificar o local de hemorragia. No entanto, nenhum destes exames tem precedência sobre os procedimentos considerados emergentes.
- Os restantes exames radiológicos serão definidos em função do resultado da avaliação total do doente.

A realização de exames que impliquem o transporte da vítima deverá ser devidamente planeada da maneira a respeitar as normas de transporte de doentes críticos.

4.3.3 Avaliação Secundária

Nesta fase deverá ser feito uma avaliação pormenorizada e detalhada de toda a vítima com o intuito de diagnosticar todas as lesões minor

- Analgesia adequada
- Profilaxia antibiótica, se indicada
- Profilaxia antitetânica, se indicada
- Análises clínicas
- Registos de dados que permitem a caracterização da situação
- Avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída
- Definição de diagnósticos de presunção
- Formulação de um plano de actuação, para tratamento definitivo e identificação do destino final do doente



Deve decidir-se ainda sobre:

- Realização de novos exames complementares de diagnóstico
- Cirurgia emergente correctiva (se as condições clínicas do doente o permitirem) ou cirurgia de controlo de dano (*Damage Control Surgery*)
- Cirurgia em segundo tempo (pelas razões anteriores ou outras)
- Observação / Vigilância
- Internamento
- Nível de internamento: unidade intensiva, unidade intermédia ou enfermaria
- Transferência externa

Destinatários

Todos os colaboradores do CHEDV – Unidade da Feira

ANEXO

Power Point “ Via Verde do Trauma ”

NORMA DA VIA VERDE DE TRAUMA

Aires Moutinho
Almerinda Soares

1

Objectivo da Formação

- ❖ Expor a norma da Via Verde de Trauma (VVT) a Enfermeiros do Serviço de Urgência
- ❖ Dar resposta ao cumprimento da Circular Normativa da Direcção Geral de Saúde
(Nº 077/DQS/DQCO de 31/03/2010)

2

Âmbito da VVT

- ❖ Aplica-se na abordagem e tratamento dos utentes vítimas de trauma, no serviço de Urgência/Emergência

3

Objectivos da VVT

- Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, abordando-os de forma sistematizada, no sentido de recuperar integralmente ou minorar as consequências das suas lesões.
 - Criar registo em trauma
- Dados epidemiológicos (realidade Portuguesa)
- ★ Um ELO da cadeia

4

Registo de trauma

- É fundamental para estabelecer um plano de acção no tratamento da vítima de trauma
- Permitindo analisar
- Incidência
 - Prevalência geográfica
 - Causas e severidade da lesão
 - Identificação do acesso de cuidados
 - Eficácia do tratamento e desvios das normas
 - Resultados e custos associados

5

Registo de trauma

- A análise dos dados permite delinear estratégias para
 - Desenvolvimento de programas de prevenção
 - Identificação de áreas do sistema com necessidade de medidas para melhoria:
- Na sua operacionalidade
- Na prestação de cuidados
 - Na dotação de recursos
 - Na adesão às normas de boa prática
- Monitorizar o sistema para implementação de medidas correctivas

6

Registo de trauma

“Quando aquilo que falamos é mensurável, sabemos algo sobre o assunto, mas quando não o podemos medir e expressar em números o conhecimento é escasso e insatisfatório”....**Lord Kelvin**₍₁₎ (1870)

(1) matemático e físico britânico

7

Triagem

É feita pelo Enfermeiro através da aplicação dos seguintes critérios de activação da via verde:

Sinais Vitais e Nível de Consciência:

- ❑ Frequência Respiratória < 10 ou > 29 ciclos / minuto
 - ❑ SaO₂ < 90% com O₂ suplementar
 - ❑ Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
- ❑ Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda > 2 pontos desde acidente

Anatomia da Lesão :

- ❑ Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
 - ❑ Retalho costal
 - ❑ Fractura de 2 ou + ossos longos
 - ❑ Fractura da bacia
 - ❑ Fractura do crânio com afundamento
 - ❑ Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
 - ❑ Associação trauma + queimaduras
- ❑ Queimaduras Major / Graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%
 - ❑ Queimaduras com inalação
- ❑ Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés

8

Encaminhamento

Vítimas que anunciem critérios de VVT



SALA DE EMERGÊNCIA

Outras vítimas de trauma



SALA DA PC

9

Alerta

- **A Equipa de Trauma, em qualquer nível, deverá responder imediatamente após ter sido activada**

10

Admissão na sala de emergência

Equipa de Trauma

- Intensivista ou, na sua ausência, Médico com formação e experiência em Medicina de Emergência, com a Competência em Emergência. Em caso de criança, Médico Pediatra com SAV Pediátrico, se existir
- Médico Anestesista com formação e experiência em trauma (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).

11

Admissão na sala de emergência

(Cont.)

- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência

12

Admissão na sala de emergência

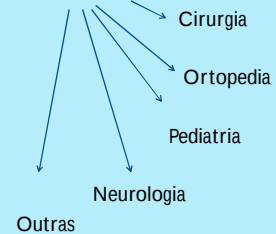
(Cont.)

- Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência - SAV, Suporte de Vida em Trauma e Suporte de Vida Pediátrico. Enfermeiro com formação especializada em Pediatria e formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico, em caso de crianças, se existir.
- Segundo Enfermeiro (se houver necessidade e/ou possibilidade de afectação) com experiência em cuidados de emergência - SAV e Suporte de Vida em Trauma.
- Auxiliar de Acção Médica, conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência com formação em SBV e Técnicas de Trauma

13

Admissão na sala de emergência

Equipa de Trauma Consultiva



14

Procedimentos na sala de reanimação

AVALIAÇÃO INICIAL E RESSUSCITAÇÃO



15

Procedimentos na sala de reanimação

AVALIAÇÃO INICIAL E RESSUSCITAÇÃO

- A – AIRWAY** : Assegurar a via aérea mantendo a coluna cervical estabilizada
- B – BREATHING** : Promover suporte ventilatório e oxigénio para manter SaO₂ >95%
- C – CIRCULATION** : Controlar hemorragia significativa e reposição de volémia
- D – DISABILITY** : Avaliação do estado neurológico (Escala de Coma de Glasgow)
- E – EXPOSITION** : Exposição

16

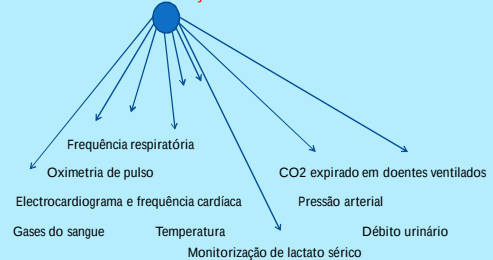
Objectivo:

Identificar e tratar lesões ➔ risco morte

17

Adjuvantes da avaliação inicial

Monitorização



18

Adjuvantes da avaliação inicial

Rotinas e exames laboratoriais

- Introdução de sonda gástrica
- Algáliação, após avaliação perineal
- Glicemia capilar
- Hemograma com contagem de plaquetas
- Estudo da Coagulação
- Grupo de Sangue com provas cruzadas
- Bioquímica
- Alcoolemia
- Pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso
- β HCG – nos doentes do sexo feminino entre os 12 e os 50 anos

19

Adjuvantes da avaliação inicial

Imagiologia

- Radiografia antero-posterior do tórax
 - TC cervical, desde o occipital até T1, com reconstruções sagitais e coronais
 - Radiografia antero-posterior e de perfil de toda a coluna, se o doente estiver em coma ou não colaborante.
 - Radiografia da bacia (na sala de emergência que sempre possível).
 - Ecografia Toraco-Abdominal ("FAST", na Sala de emergência sempre que possível).
 - TC cerebral
- SOS: A realização de exames fora da sala de Emergência ➡ Riscos
(normas de transporte de doente críticos)

20

Avaliação secundária

- Analgesia adequada
- Profilaxia antibiótica, se indicada
- Profilaxia antitétânica, se indicada
- Análises clínicas
- Registos de dados que permitem a caracterização da situação
- Avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída
- Definição de diagnósticos de presunção
- Formulação de um plano de actuação, para tratamento definitivo e identificação do destino final do doente

21

Conclusão

- A utilização de normas e protocolos tem como vantagens permitir a uniformização e universalização de acções, e sendo desenvolvidas com base em evidências científicas, constituem ferramentas que podem ajudar os profissionais a identificar os cuidados adequados à saúde para circunstâncias clínicas específicas.
- O uso desta norma, como instrumento prático e simples, permite estabelecer uma metodologia segura que engloba uma sequência de procedimentos que permitem minimizar os riscos inerentes.

22

"Não é preciso entrar para a história para fazer um mundo melhor."

(Gandhi)

23

ANEXO II

“ Focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem na UCIP ”

Focos sensíveis aos cuidados de Enfermagem na UCIP

FOCO: Limpeza das Vias Aéreas ... *tipo de Respiração com as características específicas: processo de manter aberta ao fluxo do ar uma passagem tubular que vem desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões; capacidade de limpar as secreções ou obstruções do tracto respiratório, de modo a manter a livre passagem nas vias aéreas.* (ICN, 2003, p. 18)

Um dos sistemas orgânicos comprometidos nos doentes com alteração do estado de consciência é a respiração. De facto, deficiências neuromusculares e/ou cognitivas são factores etiológicos para uma possível ineficácia do padrão respiratório (Phipps, Sands e Marek, 2003). Além disso, o doente com nível de consciência diminuído pode ser incapaz de se movimentar na cama para mobilizar secreções pulmonares, correndo portanto o risco de não conseguir manter as vias aéreas permeáveis, podendo precisar de ser ajudado para as manter desobstruídas (Phipps, Sands e Marek, 2003). Daí o foco Limpeza das Vias Aéreas ser de atenção para a prática de Enfermagem nestes doentes.

FOCO: Úlcera de Pressão ... *tipo de Úlcera com as características específicas: inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade; ...* (ICN, 2003, p. 29)

O doente com alteração do nível de consciência é propenso a alterações da integridade da pele, nomeadamente ao desenvolvimento de úlceras de pressão, especialmente quando está com a sua mobilidade limitada, quando há dificuldade em manter a pele limpa e livre de humidade excessiva, estado nutritivo pobre, quando há presença de forças de fricção ou de pressão, entre outros factores (Phipps, Sands e Marek, 2003). Tudo isto implica uma atenção redobrada da parte de Enfermagem, com vista à prevenção do desenvolvimento destas lesões.

FOCO: Auto-Cuidado: Higiene ... *tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene.* (ICN, 2003, p. 55)

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p. 1933) o doente com alteração do nível de consciência pode estar incapaz de satisfazer as suas necessidades de higiene. Certos doentes podem precisar apenas de apoio nas actividades de vida diária, ou de supervisão ou orientação durante o banho (...) outros requerem apoio total da enfermagem para execução das tarefas de higiene.

FOCO: Pé Equino: ... *tipo de Movimento Articular com as características específicas: Flexão plantar do pé, arqueamento da articulação do tornozelo na direcção do solo, pé descaído, arqueando-o e impedindo-o de tocar no chão na tentativa da marcha; marcha sobre os dedos do pé; o pé não pode ser mantido na posição normal nem em dorsiflexão, associada*

a repouso prolongado na cama sem o alinhamento adequado e à pressão sobre o pé de roupa de cama pesada. (ICN, 2003, p. 34).

Os doentes neurocríticos, por alterações/deficiências a nível neuromuscular, apresentam um compromisso por vezes acentuado da mobilidade física. Como está mencionado na definição supradita, o pé equino consiste na flexão plantar do pé, que não se consegue manter na posição normal ou em dorsiflexão (ICN, 2003). Esta é uma complicação ainda bastante frequente em doentes com este quadro clínico, que não demora muito tempo a instalar-se e que está associada ao repouso prolongado na cama, sem o alinhamento adequado e à pressão da roupa de cama sobre o pé (ICN, 2003). Contudo, é uma complicação relativamente fácil de se prevenir desde que seja assegurado um correcto posicionamento, a execução de exercícios de extensão muscular, entre outros (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Referências Bibliográficas:

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F.(2003)– *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª Edição. Loures: Lusociência.

ICN – INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS) (2003) - *Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

ANEXO III

“ Folha dos Registos de Enfermagem no SU ”

Hospital São Sebastião – Serviço de
Urgência

Data									
Hora									
TA									
FC									
SAT o2 (SatO2)									
MAP									
T°C									
PGC									
Glasgow									
Oxigenoterapia									

Sonda Vesical	Calibre	
	Tipo	
	Drenagem	
Sonda Nasogastrica	Calibre	
	Tipo	
	Drenagem	
Ventilação	Invasiva	
	Não Invasiva	
Exames complementares de diagnóstico		

Nº de intervenções	Hora/Data	Intervenções de enfermagem
		Executar tratamento a Ferida
		Inserir cateter venoso periférico
		Vigiar respiração
		Monitorizar tensão arterial
		Monitorizar frequência cardíaca
		Monitorizar saturações de O2
		Vigiar eliminação vesical
		Vigiar eliminação intestinal

		Vigiar consciência (segundo eE scala de eC omas de Glasgow)
		Gerir Oxigenoterapia
		Aspirar secreções
		Gerir analgesia
		Gerir ambiente
		Vigiar convulsões
		Outros:
Notas de Enfermagem		
Turno da Manhã		
Turno da Tarde		
Turno da Noite		

ANEXO IV

“ Estudo de Caso / Plano de Cuidados no SU”

Estudo de Caso / Plano de Cuidados

No decurso do meu estágio no Serviço de Urgência do Hospital São Sebastião, tive oportunidade de prestar cuidados a um cliente proveniente do domicílio, com um quadro de polipneia com quatro dias de evolução com alteração das características da tosse e aumento de secreções, tendo este sido triado de acordo com a Triagem de Manchester, tendo-lhe sido atribuída a cor laranja e de seguida foi encaminhado para a UDC (Unidade de Decisão Clínica). O cliente dos cuidados no domicílio, já tinha patologia respiratória de base, com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), ex-fumador durante cerca de 30 anos, com episódio de Lipotimia no período da manhã, informação fornecida pelo prestador de cuidados.

O cliente dos cuidados vinha acompanhado pela esposa, durante a tarde foi estabelecida um diálogo com a mesma, de modo a acalmá-la e envolvê-la no processo de parceria dos cuidados, reforçando a importância do seu papel na prestação dos mesmos, a mesma referiu que já desempenha o papel de prestadora de cuidados há muitos anos. Pela comunicação estabelecida com a mesma pude constatar que era portadora de conhecimentos e competências, fruto de experiências de internamentos anteriores e dos ensinamentos prestados pela USF (Unidade de Saúde Familiar). Assim, *cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento. Mais precisamente, a expressão “cuidar de “ ou “fazer com cuidado” realça essa atenção particular que se vai dar a si próprio ou a outro, a um objecto ou à tarefa que se está a realizar* (Hesbeen, 2000: 9). O papel do prestador de cuidados informal designa os *cuidados prestados de forma parcial ou integral, por membros da família ou comunidade, a pessoas com dificuldades ou impossibilitadas de se autocuidarem* (Netto, 2002: 417). O conceito de *“prestar cuidados” ou “cuidar” designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde* (Hesbeen, 2000: 10).

No decorrer do turno da tarde, foi implementado o seguinte plano de cuidados.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Apreciação inicial

- **Nome:** A.F.T.
- **Idade:** 80
- **Data/Hora da triagem:** 15.05H 05-05-2010
- **Queixa inicial:** Dispneia. Apresenta-se polipneico
- **Prioridade atribuída:** Laranja

- **Antecedentes pessoais:**
 - Derrame pleural direito
 - Insuficiência cardíaca
 - Cardiopatia isquêmica, com função comprometida do VE
 - Colocação de Pacemaker em 2007
 - Fibrilhação Auricular (hipocoagulado com Varfine)
 - Hipertensão pulmonar
 - Insuficiência Renal, rim esquerdo não funcionando
 - DPOC
 - Carcinoma da próstata (fez RT) em 2001
 - Patologia osteoarticular degenerativo da coluna vertebral
 - Úlcera gástrica
 - Ex-fumador (fumou durante 30 anos 20 cigarros por dia)
 - Sincope recorrentes desde à 3 anos

- **Medicação domiciliária:**
 - Nitradisk 5
 - Pulmicort turbobaler 1+0+1
 - Spiriva 0+1+0
 - Nebilet 5mg/dia
 - Plavix 75
 - Crestor 10
 - Tansulosina 0.4
 - Remeron 15mg
 - Furosemida 40mg 1+1
 - Varfine
- NOTA: Faz O2 no domicílio a 3L/min

➤ **Alergias:** desconhecidas

➤ **Acompanhante/ Familiar:** Esposa

Contacto: XXXXXXXXX

História actual do doente

Doente recorreu ao SU por agravamento do padrão habitual de dispneia com 4 dias de evolução, com alteração das características da tosse e aumento de secreções. Refere agravamento da dispneia em decúbito lateral esquerdo e melhoria em decúbito direito. Refere alguma ortopneia.

Teve hoje episódio de Lipotimia no domicílio, antecipado de tonturas, já recorrentes. Sem lesões corporais sugestivas de traumatismo.

Avaliação Inicial

➤ **Consciência:** Consciente, orientado no tempo e no espaço

- Glasgow: 15 (abertura espontânea dos olhos – 4; resposta verbal orientada – 5; obedece a ordens – 6)

➤ **Respiração:** Polipneico, com tiragem intercostal discreta

Apresenta secreções nas vias aéreas (necessidade de aspiração)

Está com oxigenoterapia por Ventimask a 28%

Frequência respiratória: 31 ciclos/min

Sat. O2: 98%

➤ **Circulação:** Pressão arterial: 142/58mmHg

Frequência cardíaca: 100 bat/min

Sem alterações da perfusão sanguínea nas extremidades

Cateter venoso periférico 20G no dorso da mão esquerda

➤ **Tegumentos:** Pele e mucosas descoradas e hidratadas; integridade cutânea sem alterações visíveis

➤ **Edemas:** sem edemas

➤ **Autocuidado comer / Autocuidado beber:** Ingere alimentos e líquidos sem precisar de ajuda, levando-os à boca sem dificuldade. Solicita quando tem fome ou sede e

alimenta-se até ficar saciado

- **Eliminação urinária:** urina espontaneamente para o urinol
- **Eliminação intestinal:** refere trânsito intestinal irregular, não sabendo precisar quando foi a última vez que evacuou (talvez há 2 dias).
- **Observações:** Refere tristeza com a sua situação, ansiedade e revolta, mas ao mesmo tempo compreensão para aqueles que o cuidam.

Actividades de vigilância

Focos	Intervenções	Resultados			
	[2/2h]	16.30h	18.30h	20.30h	
Consciência	Monitorizar estado de consciência (através de E-C-G)	Glasgow: 15	Glasgow: 15	Glasgow: 15	
Respiração	- Monitorizar a Frequência Respiratória - Monitorizar a SatO₂ - Vigiar características da respiração: Amplitude, ritmo, tipo de músculos utilizados e simetria da expansão torácica	31	25	28	
		98%	98%	98%	
		Ampla Simétrica ligeira tiragem Interco	Ampla Simétrica ligeira tiragem Intercos	Ampla Simétrica ligeira tiragem intercos	
Pressão sanguínea	Monitorizar a Pressão Arterial	142/58	135/52	146/64	

Débito cardíaco	• Monitorizar a Frequência Cardíaca • Vigiar características do pulso periférico: Amplitude, ritmo, regularidade e simetria/bilateralidade	100	94	98	
		Amplo simétrico regular	Amplo simétrico regular	Amplo simétrico regular	
Temperatura Corporal	• Monitorizar temperatura corporal	36.2°C	35.9°C	36.1°C	
Dor	• Vigiar dor (fácies, gestos, movimentos corporais)	Sem dor	Sem dor	Sem dor	
Eliminação intestinal	• Vigiar eliminação intestinal	Sem eliminação	—	—	

|

Foco: Dispneia	
Actividades de diagnóstico: • Observar a pessoa / avaliar sinais de dificuldade respiratória (tiragem intercostal, utilização de músculos acessórios, adejo nasal) • Monitorizar frequência Respiratória • Monitorizar Sat. O2 • Vigiar Respiração • Vigiar coloração da pele e mucosas (presença de cianose)	Resultados: Sem oxigenoterapia o doente apresenta uma tiragem intercostal, refere “falta de ar”, e os valores de SatO₂ baixam para cerca de 91%. Apresenta frequência respiratória de 30 ciclos por minuto e a respiração é ampla, regular, simétrica, profunda e mista. A “falta de ar” agrava em decúbito lateral esquerdo. O doente apresenta pele e mucosas descoradas, mas sem cianose.
Diagnóstico: Dispneia Objectivo: Promover respiração eupneica Critérios de resultado: Que o doente apresente Sat. O2 superiores a 95%; Que o doente apresente pele e mucosas rosadas.	
Intervenções: • Incentivar posicionamento em Fowler ou Fowler Elevado • Aconselhar a evitar esforços • Aconselhar decúbito lateral direito e decúbito dorsal • Aconselhar alternância entre períodos de repouso com períodos de actividade física • Gerir oxigenoterapia	Resultados: O doente manteve-se posicionado em Fowler, alternando entre decúbito dorsal e lateral direito. Às 18.30h a oxigenoterapia por Ventimask foi substituída por cânula nasal a 3l/min. O doente apresentou uma sat.O2 superior a 95%, não demonstrando sinais de dificuldade respiratória. No final do turno a pele permanece descorada, mas as mucosas estão rosadas.

Foco: Limpeza das vias aéreas	
Actividades de diagnóstico: • Avaliar presença de secreções nas vias aéreas (observar a cavidade oral e escutar ruídos respiratórios) • Avaliar capacidade do doente para expelir as secreções (vigiar o reflexo de tosse, vigiar esforço para expectorar)	Resultados: Não se visualizam secreções na cavidade oral, mas são audíveis crepitações, sugestivas de secreções nasofaríngeas. O doente apresenta acessos de tosse, embora não produtiva, não expelindo as secreções.
Diagnóstico: Limpeza ineficaz das vias aéreas	
Objectivo: Promover a permeabilidade das vias aéreas	
Intervenções: • Incentivar tosse eficaz • Incentivar a expectorar • Aspirar secreções • Vigiar características das secreções	Resultados: O doente foi aspirado duas vezes no turno. Foram aspiradas secreções esbranquiçadas, viscosas, em quantidade moderada. O doente apresentou acessos de tosse produtiva.

Foco: Stress por mudança de ambiente	
Actividades de diagnóstico: • Dialogar com o doente • Observar o doente	Resultados: O doente apresentava-se triste, questionando frequentemente pelos familiares e sobre o momento de regresso a casa. Referiu vontade de se levantar da maca, não conseguia descansar pelo facto de haver “muito barulho”e sentia falta da alimentação domiciliária.

Diagnóstico: Stress por mudança de ambiente	
Critério de resultado: Que o doente crie disposições para gerir perturbações resultantes da mudança de ambiente	
Intervenções: • Escutar activamente • Encorajar a expressão de sentimentos • Disponibilizar ajuda • Gerir ambiente • Facilitar a presença de familiares • Fornecer suporte emocional • Informar sobre a importância de estar no serviço	Resultados: O doente foi demonstrando uma atitude mais calma ao longo do turno, com a presença e escuta activa foi ganhando confiança e expressando as suas perturbações. Referiu vontade de regressar a casa, para descansar e para se alimentar, mas demonstrou perceber a necessidade de estar no serviço, ao cuidado dos profissionais.

Foco: Obstipação	
Actividades de diagnóstico: • Questionar sobre actividade física • Questionar sobre padrão de eliminação intestinal • Questionar sobre ingestão alimentar • Vigiar eliminação intestinal	Resultados: O doente não pratica nenhum tipo de exercício físico e refere não ter um padrão regular de eliminação. É habitual comer sopa, mas não come muitos legumes nem fruta. Ingere cerca de 2 copos de água por dia. Diz que já não evacua á cerca de 2 dias. O abdómen encontra-se relativamente mole e depressível.

• Vigiar abdómen	
Diagnóstico: Risco de obstipação Objectivo: Promover eliminação intestinal	
Intervenções: • Informar sobre a importância de caminhar e mobilizar-se • Informar sobre a necessidade de ingerir alimentos ricos em fibras • Incentivar a ingestão de líquidos	Resultados:

Prescrições terapêuticas e Intervenções resultantes de prescrição	
19.54h Fitomenadiona 10 mg IV	Vigiar efeitos adversos (Alcalose metabólica, hipovolémia, desidratação, hiponatrémia, hipocalemia, hipocloremia, hipomagnesemia) Monitorizar tensão arterial antes e após administração
15.25h Furosemida 40mg IV	

15.24h Hidrortisona 200mg IV	Vigiar efeitos adversos (Depressão, euforia, hipertensão, náuseas, anorexia, diminuição da cicatrização de lesões, petéquias, equimoses, fragilidade, perda de massa muscular, osteoporose, susceptibilidade aumentada à infecção, TROMBOEMBOLISMO)
15.30h Ipatropio 250 mcg Inalatório	
15.38h Oxigenoterapia a 28%	Gerir oxigenoterapia

Bibliografia

HESBEEN, Walter - *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures; Lusociência, 2000.

NETTO, Matheus Papaléo – *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo; Atheneu, 2002

ANEXO V

“ Foco Comunicação Expressiva / Processo Familiar ”

REFLEXÃO – “ Foco Comunicação Expressiva / Processo Familiar ”

Pela minha breve passagem por este campo de estágio foi-me fácil perceber que a tecnologia utilizada numa UCI transforma o espaço tradicional do hospital num ambiente complexo e perturbador para a família que visita o doente. Perante um ambiente desconhecido sobre o qual não tem qualquer poder e em que a sua falta de conhecimentos se contrapõe ao à-vontade que observa nos profissionais, na família geram-se sentimentos de incerteza, preocupação e inutilidade face à doença (FILHO et al., 2004).

A essência da Enfermagem e sua principal arma terapêutica é a relação interpessoal (enfermeiro, doente, família, outros profissionais), em que cada um possui crenças, valores e desejos de natureza individual, fruto das experiências que vivem e desenvolvem (influenciados pelas diferentes condições ambientais).

Segundo Abel Paiva e Silva (2006, p. 25), a essência da enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar, sendo que este processo implica a *partilha dos campos fenomenológicos de duas pessoas*, quem cuida e o cuidado.

Só esta partilha permite ao enfermeiro identificar as necessidades reais do cliente, determinar em conjunto com ele a intencionalidade dos cuidados e implementar intervenções que respondam aos problemas, concretizando os critérios de resultado e objectivos definidos (Silva, 2006).

Na actualidade, a enfermagem orienta-se para a compreensão da forma como as pessoas vivem e lidam com os desafios que as alterações no seu estado de saúde impõem (Meleis, 2005; Pereira, 2007). Tem como objecto de estudo as respostas humanas envolvidas nessas transições, que podem ser geradas pelos processos naturais de desenvolvimento (como a adolescência, menopausa, envelhecimento, entre outros) ou por eventos/situações de vida significativos, como por exemplo, uma doença, que exigem um processo de adaptação (Meleis et al., 2000; Silva, 2006).

De facto, mudanças no estado de saúde dos indivíduos podem criar oportunidades para afectar o seu bem-estar geral e expô-los a riscos de doença elevados, bem como levá-los a experimentar um processo ou experiência de transição (Meleis et al., 2000). As transições são, por isso, tanto um resultado como resultam em mudanças na vida, saúde, relações e ambientes dos indivíduos (Meleis et al., 2000).

A admissão de uma pessoa num serviço de cuidados intensivos, como a UCI, resulta, geralmente, de um acontecimento inesperado e repentino, que interrompe e coloca em risco a vida do indivíduo (Barreto, Vieira e Pinheiro, 2001; Sheehy, 2001). Constitui-se, portanto, um momento de grande ansiedade, em que o cliente e a família são afastados devido à necessidade de um atendimento assistencial imediato, podendo despertar sentimentos diversos (perda de controlo, sensação de perda de função e de auto-estima, sensação de

isolamento, medo da morte, etc.) (Barreto, Vieira e Pinheiro, 2001) e provocando uma crise familiar, que afecta o bem-estar de cada um dos seus membros e leva a um desequilíbrio no desempenho dos papéis familiares.

Nestas situações, toda a família passa, assim, por um processo de transição decorrente da transição saúde/doença do cliente doente, o que implica necessariamente uma reorganização nos papéis e tarefas da família (Meleis et al., 2000).

Todo este processo necessita de atenção especial da equipa de saúde (Barreto, Vieira e Pinheiro, 2001), em especial dos enfermeiros que são, normalmente, os prestadores de cuidados primários dos clientes e dos familiares que vivenciam um processo de transição (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007). Por serem processos com consequências relacionadas com a saúde das pessoas, as transições familiares são vitais para a prática de enfermagem (Meleis e Schumacher, s.d cit. por Hanson, 2005).

Os enfermeiros devem, então, assistir/atender as mudanças e exigências que as transições acarretam ao dia a dia dos clientes e seus familiares, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências/capacidades com vista em dar resposta às experiências de saúde/doença dos clientes, atingir uma vertente mais positiva da prestação de cuidados e, consequentemente, obter maiores ganhos em saúde (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

A enfermagem pode e deve ser encarada, por isso, como um processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar, desenvolvendo cuidados que pretendem promover estilos de vida saudáveis, assegurando sempre o respeito pelas capacidades, crenças, valores, ambiente e volição da pessoa (Silva, 2006).

Relativamente a este propósito, importa referir que, de acordo com o divulgado pela Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem, 2003, p. 5), o exercício profissional centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa (ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas - família ou comunidades), sendo que *quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem*. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro, no estabelecimento das relações terapêuticas, distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, *num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem* (Conselho de Enfermagem, 2003, p. 5).

Devido à condição particular que caracteriza o cliente crítico e o próprio ambiente dos cuidados intensivos, que predispõem a equipa de saúde a actuar de uma forma um tanto ou quanto fria e distante (Urizzi et al., 2008), por vezes, torna-se difícil para o enfermeiro, aquando a prestação de cuidados, estabelecer uma relação terapêutica com os clientes. Todavia, isso não altera o facto de, no contexto dos cuidados ao cliente crítico, o papel do enfermeiro permanecer a chave do sucesso das unidades de cuidados intensivos (UCI's) (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Nestas unidades, os clientes carecem de cuidados minuciosos, constantes e ininterruptos, pois apresentam uma ou mais funções vitais em risco. Neste sentido, os cuidados de enfermagem são essenciais, pois objectivam a manutenção das funções de vida básicas e a prevenção de complicações recorrentes, além disso, os enfermeiros podem ser considerados como a figura principal na prestação de cuidados, pois são eles que, através da vigilância constante dos clientes, interpretam muitos dos dados acerca destes e, posteriormente, os transmitem aos médicos (Ball, 1990 cit. por Hammond, 1995; Zaforteza et al., 2005).

Não obstante, a *enfermagem é uma profissão desafiadora e complexa que envolve muito mais que os processos de doença* (Sheehy, 2001, p. 9). Efectivamente, o enfermeiro tem de lidar não só com as respostas fisiológicas do cliente à doença, mas também, com as reacções do mesmo e da sua família face à transição de saúde/doença vivenciada. Para isso, deve tentar desenvolver o seu conhecimento na área tecnológica, mas sem comprometer a prestação de cuidados humanizados aos clientes e seus familiares, constituindo isto um verdadeiro desafio para os profissionais (Gottlieb, 2003; Bayes, 2001 cit. por Zaforteza et al., 2005).

No âmbito do desenvolvimento deste estagio, foi proposto pela professora a elaboração de uma reflexão sobre alguns dos focos de atenção para a prática de enfermagem que identifico como mais frequentes perante os clientes da UCI.

A classificação internacional para a prática de Enfermagem a que recorri foi a da CIPE Beta 2, para estar o mais de acordo possível com a classificação que é utilizada no Hospital De São Joao e futuramente no sistema a integrar no serviço, o SAPE.

Sabendo que a comunicação se destaca como o principal instrumento para que a interacção e a troca aconteça e, consequentemente, o processo do cuidar, no seu sentido mais amplo (ZINN et al. , 2003), no contexto da realidade das UCI's, onde encontramos muitas vezes doentes com alteração do seu nível do seu estado de consciência, devemos questionar-nos como interagir com os doentes aparentemente incapazes de se expressar.

É importante referir que vou apenas expor focos de atenção que podem constituir, ou não, potenciais diagnósticos de enfermagem, em relação ao tema em causa, bem como efectuar uma reflexão critica, resultante da actividade exercida e das competências adquiridas.

~

Foco	Comunicação Expressiva <i>...tipo de Comunicação com as características específicas: acção e capacidade de se exprimir, interpretar e dirigir mensagens verbais ou não verbais; uso de linguagem escrita, da linguagem falada, da linguagem dos símbolos e dos</i>	Alvo / Cliente	Doente internado na UCI
-------------	--	-----------------------	-------------------------

	<i>sinais...</i> (ICN, 2003, p. 64)		
Actividades de diagnóstico	- Determinar qual a nacionalidade do doente e a sua língua de origem; - Identificar a etiologia do compromisso da comunicação; - Examinar o conhecimento básico do doente e o nível de comunicação; - Examinar a capacidade do doente para a utilização de métodos de comunicação alternativos; - Observar o padrão de comunicação verbal e não verbal do cliente, assim como o comportamento não verbal;		
Diagnóstico de Enfermagem			
COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA COMPROMETIDA			
Justificação	É comum os doentes em estado crítico, internados num serviço de cuidados intensivos, apresentarem um compromisso da comunicação expressiva, ou seja, manifestarem um estado de comunicação <i>julgado como negativo, alterado, inadequado ou ineficaz</i> (ICN, 2005, 107). Para além das regulares diferenças culturais ou de desenvolvimento, este facto relaciona-se com o défice neurológico ou anatómico que estes doentes podem apresentar (por exemplo, compromisso auditivo, verbal, ou visual) e as barreiras físicas ou psicológicas (como uma traqueostomia ou entubação endotraqueal) com que se podem deparar (Swearing e Keen, 2001), verificando-se, assim, razões para a falta ou deficiência da comunicação. Por outras palavras, mudanças degenerativas (exemplo, diminuição da circulação cerebral), doenças neurológicas, lesões cerebrais traumáticas e intervenções como laringectomias ou traqueotomias, podem ser a causa do deficit na comunicação, nomeadamente e mais frequentemente, a nível da comunicação verbal, que pode, por sua vez, ser evidenciado por uma dificuldade na fonação, incapacidade de modular a falar, entre outros (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002). Note-se que, com o declínio da função cerebral e diminuição dos processos de pensamento, acompanhados de aumento do nível de stress/ansiedade por parte do doente, este pode misturar línguas/reverter para a língua original (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002).		

Critérios de Resultado	- Que o doente expresse as suas necessidades; - Que o doente expresse os seus sentimentos; - Que o doente utilize métodos de comunicação, alternativos à fala; - Que o doente demonstre diminuição ou ausência de frustração com as barreiras à comunicação; - Que o doente demonstre uma comunicação coerente no seu todo;	
Intervenções de Enfermagem – Actividades que concretizam as intervenções	Justificação	
- Optimizar o meio ambiente > Diminuir o ruído da unidade; > Providenciar privacidade e conforto; - Estabelecer uma ligação/relação com o doente, através de uma comunicação terapêutica adequada > Estar presente e disponível para solucionar problemas; > Escutar o doente e fazer com que este o escute;	<i>Os factores ambientais podem promover uma comunicação aberta</i> (Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 31). Daí, há que considerar a necessidade de alterar o ambiente, no sentido de criar de um clima acolhedor, de privacidade e de aceitação (Carpenito-Moyet, 2005; Elkin, Perry e Potter, 2005). O objectivo principal do enfermeiro numa comunicação terapêutica eficaz é a promoção do bem-estar dos cliente.. <i>Uma boa comunicação melhora a qualidade das relações interpessoais e o bem-estar do utente</i> (Potter e Perry, 2005). Existe risco de lesão no cliente que não pode falar, se as suas necessidades pessoais não forem comunicadas rapidamente (Potter e Perry, 2006). Neste sentido, só o facto de estar disponível ajuda o doente a <i>lidar com os problemas de comunicação</i> (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 860). <i>Prestar atenção é o primeiro passo na comunicação</i> (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 860) e, por isso, é importante não só escutar o doente como também fazê-lo ficar atento à sua presença (quando entrar no quarto falar com ele, ligar e apagar as luzes, tocar no paciente ou o colchão, conforme apropriado) (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002).	

> Manter o contacto visual, colocando-se ao nível ou abaixo do nível do doente; - Minimizar os factores de compromisso da comunicação - Falar baixo e de forma clara, usando frases simples e perguntas dicotómicas (Sim ou Não) - Evitar falar alto ou gritar - Permitir tempo suficiente para a resposta do doente - Evitar sentimentos de impaciência para com o doente - Encorajar o uso de gestos e pantomima - Proporcionar métodos de comunicação alternativos - Auxiliar no uso de métodos de comunicação alternativos	Mostra interesse e promove o contacto (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002). É importante tentar eliminar ou, pelo menos, minimizar os factores que estão envolvidos no compromisso da comunicação, como por exemplo, diminuindo as distrações externas (Carpenito-Moyet, 2005). Ajuda na compreensão e na comunicação como um todo. O cliente pode responder pobremente ou com sons de alta frequência a esse tipo de questões (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002). <i>Há que ser paciente enquanto o utente tenta comunicar</i> (Potter e Perry, 2006, p. 147). Os clientes com limitações físicas de comunicação como, por exemplo, a presença de um tubo endotraqueal, podem estar incapacitados de falar ou fazê-lo com tão pouco clareza que requerem métodos de comunicação alternativos (Potter e Perry, 2006) <i>O método providenciado deve ser adequado à capacidade física do utente</i> (Potter e Perry, 2006, p. 147), como por exemplo um lápis e bloco. <i>Para diminuir a frustração destes utentes, providenciar métodos de comunicação simples</i> (Potter e Perry, 2006, p. 147). O cliente que <i>não consegue comunicar tem dificuldade em exprimir necessidades e em responder adequadamente ao ambiente, pelo que requer especial atenção e sensibilidade. Estas pessoas beneficiam grandemente de técnicas de</i>
--	--

	<i>comunicação adaptadas às respectivas circunstâncias</i> (Potter e Perry, 2006, p. 147).
Actividades de avaliação / Actividades de Vigilância	Justificação
- Avaliar as razões para o compromisso da comunicação; - Observar de que forma as pessoas significativas comunicam com o doente, e vice-versa; - Avaliar a capacidade de utilização dos métodos alternativos de comunicação; - Avaliar a utilização dos métodos alternativos; - Avaliar os progressos do doente;	A identificação e reavaliação do problema são essenciais para o estabelecer e aperfeiçoar de intervenções apropriadas. <i>Algumas vezes os pacientes não querem falar, podem pensar que falam quando não falam, podem esperar que os outros saibam o que eles querem, podem não ser capazes de compreender ou de serem entendidos</i> (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 859). Avaliando os factores que influenciam a comunicação, o enfermeiro pode ser mais rigoroso na avaliação da situação do paciente. A observação da comunicação do doente com pessoas significativas é de extrema relevância pois permite desenvolver ou continuar padrões de comunicação eficazes, que podem já estar estabelecidos (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002). <i>O método providenciado deve ser adequado à capacidade física do utente</i> (Potter e Perry, 2006, p. 147). Os doentes com comprometimento da sua comunicação expressiva <i>beneficiam grandemente de técnicas de comunicação adaptadas às respectivas circunstâncias</i> (Potter e Perry, 2006, p. 147) em que se encontram. O enfermeiro deve, no decorrer da prestação de cuidados, avaliar se o doente tem tido ou não facilidade em usar os métodos de comunicação alternativos com eficácia (Potter e Perry, 2006). <i>Para apurar se a comunicação foi terapêutica, há</i>

- Questionar o doente sobre se as suas necessidades foram devidamente satisfeitas; - Avaliar o padrão de comunicação do doente (nomeadamente estar atento aos sinais não verbais, enviados e recebidos, e aos comportamentos que não condizem) - Avaliar o nível de frustração do doente	<i>que avaliar se o utente fez progressos, ou não, na consecução dos objectivos e dos resultados esperados (Potter e Perry, 2006, p. 149).</i> Se o cliente referir que as suas necessidades foram satisfeitas, então, <i>as intervenções foram as adequadas para o utente</i> (Potter e Perry, 2006, p. 149), caso contrário, o plano de cuidados terá de ser modificado de modo a atingir os objectivos e os resultados pretendidos. <i>Este processo de modificação é contínuo e prolonga-se até ao momento de alta</i> (Potter e Perry, 2006, p. 149). <i>A incongruência é uma indicação de que qualquer coisa pode estar a impedir uma comunicação aberta</i> (Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 31). <i>Sabendo quanto esperar do paciente pode ajudar a evitar frustração e demandas sem razão para o comportamento. Entretanto, ter uma expectativa de que o paciente entenderá pode ajudar a elevar o nível de comportamento</i> (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 859)
---	--

Foco	Processo Familiar <i>...tipo de Fenómeno de Enfermagem da Família com as características específicas: Interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família. (ICN, 2003, p. 65).</i>	Alvo / Cliente	Familiado doente internado na UCI
------	---	-----------------------	-----------------------------------

Actividades de diagnóstico	- Observar a interacção entre o doente e a família/pessoas significativas; - Observar componentes da unidade familiar e disponibilidade/envolvimento dos sistemas de suporte; - Identificar o estágio de desenvolvimento da família; - Identificar possíveis factores sociais, ambientais, étnicos e culturais da família; - Questionar sobre a relação entre o doente e os familiares respectivos; - Questionar sobre papéis que cada elemento desempenha; - Questionar sobre funções de cada elemento no dia-a-dia; - Questionar a situação de crise experienciada;
Diagnóstico de Enfermagem	
PROCESSO FAMILIAR ALTERADO	
Justificação	O Processo Familiar alterado pode ser definido como o estado no qual uma família, como entidade geralmente sustentadora, apresenta ou está em risco de apresentar um agente <i>stressor</i> que desafia o seu funcionamento, previamente efectivo (Carpenito, 1997). Segundo Hanson (2005), o ciclo de vida da família é formado por vários estádios de desenvolvimento, caracterizados por determinados padrões de mudanças que os acompanham. Não obstante, a família é, por vezes, assolada por acontecimentos repentinos e inesperados, que dão início a importantes, mas não previstas, mudanças. O surgimento de uma doença incapacitante de um dos membros da família, acompanha do seu internamento, é um dos exemplos desse tipo de acontecimentos. <i>O doente com alteração do nível de consciência pode não estar consciente da gravidade da situação, mas a família estar perfeitamente informada. Esta consciência gera grande ansiedade e stress, relacionados com a crise de doença súbita ou lesão</i> (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 1933). Os Processos familiares alterados surgem, então, quando existe a necessidade de se modificarem determinadas rotinas, devido à indispensabilidade de uma reorganização dos papéis familiares, bem como do conjunto de responsabilidades que lhe estão associadas (Carpenito, 1997). Podem e estão, normalmente, relacionados com uma transição de crise situacional (doença) (Swearing e Keen, 2001; Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002) e com a incerteza sobre os resultados e expectativas que os esperam (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002). São possivelmente evidenciados, entre outros aspectos, pela dificuldade da família em se

	adaptar às mudanças e/ou lidar construtivamente com as experiências traumáticas vivenciadas; pelo facto de ela não atender devidamente às necessidades de cada um dos seus membros e, consequentemente, às suas próprias necessidades; pela dificuldade em aceitar ou receber ajuda adequadamente; e ainda pela incapacidade de expressar ou aceitar os sentimentos dos seus membros (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002).	
Critérios de Resultado	- Que a família comece a expressar sentimentos e preocupações, livre e apropriadamente; - Que a família identifique recursos internos e externos para lidar com a situação crítica; - Que a família se direcione para o planejar da resolução da crise que vivencia; - Que a família estimule e facilite (se possível) o familiar doente para a sua recuperação; - Que a família apresente uma adaptação efectiva à mudança/situação crítica;	
Intervenções de Enfermagem – Actividades que concretizam as intervenções		Justificação
- Incentivar a expressão de questões sobre a seriedade da condição do doente internado, possibilidade de incapacidade ou mesmo de morte		<i>Verbalização de medos revela as preocupações e pode diminuir a ansiedade e melhorar o enfrentamento com a realidade (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 254).</i>
-Atender às expressões de ajuda / esperança		A satisfação de sobrevivência do doente pode ser substituída por diferentes emoções, entre elas o luto, raiva, sentimento de “perda” e <i>necessidade de lidar com a “pessoa inédita que a família não conhecia e pode não gostar”</i> (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 254). É necessário atender às necessidades da família de forma a evitar o prolongamento destes sentimentos, que pode resultar em depressão dos familiares.
- Assistir a família no processo de		A atenção pode estar tão centrada num dos

reconhecimento das necessidades de todos os membros -Reforçar o envolvimento da família/pessoas significativas nos cuidados ao doente - Incentivar a família/pessoas significativas na promoção da saúde e bem-estar do familiar internado - Informar (se pertinente) sobre a condição clínica do doente - Reforçar (se necessário) as explicações anteriores referentes à condição clínica do doente - Discutir os objectivos e expectativas da família	membros da família que os outros acabam por se puderem sentir isolados/abandonados, o que pode comprometer o crescimento e a unidade da família (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002). <i>A rede social familiar fornece apoio instrumental e expressivo (Hanson, 2005, p. 89). O reforço serve de estímulo para aumentar a probabilidade de resposta. Um aluno a quem é dado reforço, antes ou depois de um comportamento de aprendizagem pretendido, é provável que repita esse mesmo comportamento (...) O reforço positivo, como seja, um sorriso ou um elogio e aprovação, origina as respostas pretendidas (Potter e Perry, 2006, p. 165).</i> É importante que cada membro da família tenha consciência da influência que exerce no doente internado e na própria unidade familiar. A <i>saúde de um indivíduo influenciará a saúde da família</i>, pelo que, o <i>equilíbrio familiar é dependente da distribuição dos papéis e da reciprocidade</i> (Duval, 1977; Freidman, 1981; cit. por Carpenito, 1997, p. 265). Tanto o doente como a sua família são incapazes de absorver ou de se lembrar de todas as informações que lhes são transmitidas. Quando esse momento passar, o reforço da informação pode ajudar a reduzir erros de concepções, medo do desconhecido e das expectativas futuras (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002). A família pode acreditar que, se o paciente irá sobreviver, a reabilitação trará a cura. A
--	---

	despeito das informações precisas, as expectativas podem não ser realistas. Também a recuperação inicial do paciente pode ser rápida, depois estacionar, o que causa desapontamento / frustração (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 255).
Actividades de avaliação / Actividades de Vigilância	Justificação
- Avaliar a interacção entre o doente e a família/pessoas significativas	<i>Responsabilidades e papéis podem ser reorganizados e assumidos por outros, parcial ou completamente, o que pode complicar mais o enfrentamento da família</i> (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 255)..
-Avaliar componentes da unidade familiar e disponibilidade/envolvimento dos sistemas de suporte;	<i>Define os recursos da família e identifica as áreas de necessidade</i> (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 254).
- Avaliar os comportamentos adaptativos da família	<i>Ajuda a redireccionar a atenção para revitalização de si mesmo, para aumentar a capacidade de enfrentamento</i> (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 255).

Relativamente ao foco de Comunicação Expressiva e respectivo diagnóstico de *Comunicação Expressiva alterada*, na sua abordagem, os enfermeiros, apesar de, na minha opinião, verem este foco como alvo da sua atenção (até porque se deparam com ele em maior parte dos doentes internados no serviço), não o identificam nos seus registos, nomeadamente no SAPE (em processo de implementação). Na unidade em questão actualmente não é utilizado nenhuma linguagem classificada e não é utilizado nenhum suporte informático à prática de enfermagem. Esta situação contribui para que o plano de cuidados individualizado para o doente não seja efectuado de um modo formal. Cabe a cada enfermeiro “per si” e em cada momento identificar esta necessidade do doente e estabelecer uma série de intervenções para o ajudar naquele momento. Essas intervenções passam muitas vezes pela comunicação não verbal e o facultar de materiais para a comunicação escrita, quando a comunicação entre enfermeiro e doente ou doente e familiar está comprometida. Os enfermeiros procuram responder a estas situações de acordo com as suas convicções pessoais, mas são intervenções que não ficam registadas e das quais não se podem inferir os resultados.

Actualmente encontramos-nos em fase de levantamento do padrão de diagnósticos mais frequentes na unidade com o objectivo de ser possível a utilização do SAPE. Eventualmente estes dados poderão ser registados em notas de evolução de enfermagem, o que raramente é efectuado.

Contudo, penso que pelo facto das intervenções respectivas a este diagnóstico não serem do âmbito de Executar e parecerem algo que vagas e pouco tangíveis, os profissionais acabam por vê-las mais como atitudes terapêuticas ou até como “boa prática”, do que propriamente como intervenções de enfermagem, não considerando pertinente a sua documentação. Existe obviamente uma sobrevalorização das intervenções interdependentes neste tipo de unidades e os enfermeiros embora as realizando e muitas das vezes com resultados práticos, estas são sempre vistas como intervenções de menor importância e daí não serem registados. São intervenções ainda que simples, mas que levam a um dispêndio de tempo de enfermagem e que quando apresentam resultados, levam a uma maior satisfação do doente, mas que são efectuadas sem um rigor exigido, ou seja, diagnóstico, intervenção e avaliação. Deveria existir uma consciencialização da importância desta documentação, uma vez que estamos a falar de uma intervenção autónoma dos enfermeiros e que poderá ter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros necessitam de se afastar do modelo biomédico muito presente nestas unidades e seguir uma nova orientação de cuidados segundo um modelo mais coincidente com a natureza da enfermagem.

Nisto, como penso que já ficou visível, tenho de discordar, uma intervenção de enfermagem pode e deve ser definida como uma acção executada de forma a responder a um diagnóstico de enfermagem, tendo como objectivo produzir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Assim, se há a necessidade de identificar um determinado problema como diagnóstico e se existem intervenções previamente documentadas e devidamente justificadas perante o mesmo, a prática dos enfermeiros deve ir ao encontro do registo desses aspectos e, principalmente, da aplicação dos mesmos.

Por fim, resta-me referir o foco de Processo Familiar e o diagnóstico de *Processo Familiar alterado*. Ao contrário do foco anterior, este tem como alvo/cliente dos cuidados não o doente internado, mas sim a sua família. À semelhança da Comunicação Expressiva, este foco também não tem visibilidade na UCI. Pela minha observação, julgo que os profissionais parecem distanciar-se do contacto com a família dos pacientes e, como tal, nem têm a oportunidade de desenvolver actividades de diagnóstico que permitam a potencial formulação de um problema. Na realidade dos cuidados intensivos, a família é vista muitas das vezes como um acréscimo de trabalho e é o elo mais descurado na prestação de cuidados, contrariando a noção de que o alvo de cuidados de enfermagem é a família e o doente. Porém, nesta unidade, os Enfermeiros são o grande suporte à família, são eles que com todas as suas dificuldades procuram responder às necessidades dos familiares e tentam apoiá-los e informá-los daquilo que se encontram capazes. Esta situação é justificada por ser o enfermeiro que primeiro contacta com a família, é ele que o vai buscar e para a visita, eles estão sempre presentes junto do doente e isso facilita o acesso. O médico, nem sempre está presente, ou

está ocupado, ou tem vários familiares a quem deve fornecer informações. Cabe ao enfermeiro muitas das vezes procurar o médico porque o familiar assim mostrou interesse e muitas das vezes até é este que fornece as informações de cariz médico para colmatar uma ausência do mesmo. Contudo, é notório muitas das vezes um certo distanciamento da família por questões inerentes ao próprio contexto dos cuidados intensivos, como sendo o que informar, ou a comunicação de más notícias. Não existe um plano de informação para a família e cada familiar “per si” procura obter o máximo de informação junto de todos os profissionais, o que leva a um desgaste maior por parte dos profissionais. O acolhimento é na maioria das vezes efectuado pelos enfermeiros como preparação do familiar para o que vai encontrar e para o criar de uma relação empática. O processo familiar alterado não é muitas das vezes conhecido e não se intervém a este nível, uma vez que o tempo de contacto com a família é diminuto e em condições deficitárias, o que leva a que a prioridade seja sempre o doente e não a família. A família só é abordada em situações extremas, em que os próprios manifestam necessidade de ajuda. Seria necessária uma abordagem diferente da família, mas que envolveria uma série de mudanças culturais e estruturais, mesmo da própria instituição com o permitir de uma visita mais aberta e facilitadora de contacto com os profissionais.

Não obstante, esta tendência deve ser contrariada, pois é um facto indiscutível e suportado por vários estudos, o de que a família constitui um foco de atenção dos cuidados num serviço de cuidados intensivos.

Por último, ainda no domínio da Prestação e Gestão de Cuidados, quero fazer referência aos meus objectivos de *“Conhecer o utente/doente do serviço de cuidados intensivos”* e *“Desenvolver competências relacionais terapêuticas com o utente/doente e/ou com a família”*. Na minha opinião, estes objectivos são um pouco delicados, na medida em que estão dependentes de uma interacção entre mim e o doente internado, ou respectiva família, algo dificultado pela rigidez do horário permitido de visitas, da disponibilidade dos mesmos por afazeres diversos e pela estrutura física. Os horários das visitas ainda procuram satisfazer os interesses da instituição e não do utilizador. Porém importa referir, que uma visita a uma unidade de cuidados intensivos é algo particular. Os familiares não pretendem estar muito tempo perto de uma pessoa inconsciente, isso também é penoso para eles e sentem-se impotentes, eles querem é obter informações e saber o prognóstico e o grau de dependência que essa pessoa poderá ficar. Importa é humanizar esse contacto com a família e não permitir que esta se sinta desamparada e só na unidade. É importante ter uma comunicação aberta e franca e demonstrar que a equipa estará ao seu dispor no que necessitar. Outro aspecto importante, tem a ver com o envolver a família no cuidado, o que não estamos ainda preparados para isso e nem sei se culturalmente seria bem aceite, mas importa também é estabelecer um acolhimento á família eficaz, pois esta também é uma fonte de informação relativamente à pessoa internada e poderá trazer dados importantes para um melhor cuidado e melhor compreensão da situação do doente. A figura do enfermeiro de referência poderia ser uma estratégia a adoptar para uma melhor ligação da família aos profissionais e vice-versa. O desenvolvimento de uma política de reuniões ou encontros com a família com cariz informativo

e de discussão e de apoio poderia ser também uma boa medida e a consulta de follow up mais eficaz e com feedback para os profissionais.

A comunicação com os doentes tem sido um aspecto com qual tenho por vezes alguma dificuldade, pois nem sempre parece ser possível ou eficaz. A comunicação verbal por parte do doente nem sempre é elucidativa, sendo geralmente mesmo inexequível, e comunicar através de gestos ou expressões acaba por ser, para além de difícil, desencorajador e frustrante para o doente e até para mim, que me sinto inapto por não o conseguir entender e puder ajudá-lo.

Relativamente à comunicação com a família, ou pelo horário restrito a que as visitas estão sujeitas ou por mera causalidade, vejo que não tenho tido grandes oportunidades para a desenvolver. Não obstante na medida do possível tentei adoptar uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas permitindo uma maior proximidade e abertura entre o doente/família e os profissionais, antecipando, sempre que possível, as necessidades da família permitindo-me, *“Desenvolver competências relacionais terapêuticas com o utente/doente e/ou com a família”*, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Isto não significa que já não tivesse iniciado este processo antes, fruto da minha experiência profissional, mas sinto que, durante este período, vivenciei experiências que me marcaram e senti que consegui dar uma resposta adequada às mesmas. Tenho tentado desenvolver da melhor forma as minhas capacidades de observação, comunicação e escuta, e isso tem dado provas de que, por mais difícil e, por vezes, frustrante que seja a comunicação com o doente em cuidados intensivos ou mesmo com a sua família, isso é muito importante e tem um grande significado. E é extremamente gratificante quando consigo acompanhar a evolução clínica do doente, vê-lo a melhorar, a perder as dificuldades de comunicação e sentir o reconhecimento pelo cuidado prestado. De facto, tive durante este período a oportunidade de desenvolver estratégias de comunicação com alguns doentes, que se demonstram eficazes nalguns casos mas ineficazes noutros, o que só vem confirmar a importância do estabelecimento de cuidados individualizados aos diferentes pacientes com quem lidamos. A comunicação nas suas diferentes formas é um instrumento de humanização do cuidado. É através da comunicação que reconhecemos que o outro é importante. É importante que os enfermeiros mantenham o espírito de comunicar e incentivar a família a comunicar com o paciente, mesmo que este se encontre inconsciente. É uma forma de libertação de emoção e é uma forma de distinguirmos uma pessoa de um objecto que manipulamos.

Em analogia, tive também a oportunidade de contactar com familiares de doentes e constatar que um pouco de atenção, disponibilidade e um sorriso parecem ter efeitos positivos e capazes de despertar sentimentos de confiança. A disponibilidade é dos aspectos mais valorizados pelos familiares. Eles sentem-se perdidos na sala, receosos, assustados e esta situação só é ultrapassada se alguém for junto deles e lhes perguntar, em que é que o posso ajudar?

Em saúde, tratar um corpo, prolongando a sua vida, não significa necessariamente qualidade de vida. É necessário conhecimento científico, mas, mais importante, é o saber relacionar-se consigo e com o outro, promovendo um ambiente equilibrado. Apesar de a

enfermagem ser uma profissão de relação, esta tem de ter uma sustentação científica, diria mais, é importante desenvolver-se técnicas de relação e de comunicação sustentadas no que a evidência científica nos diz e adequadas ao contexto e cultura de cada ser individual! Sei que é discutível, mas fica aqui para reflexão!

Afinal, os enfermeiros não são apenas meros executantes de tarefas, que não reflectem no porquê de estarem ali para fazer pensos, que têm que anular as suas emoções para não pôr em causa a eficácia técnico-científica. Aceitar estas ideias é ser conduzido ao descuido e à futilidade (Tavares, 2002). Perante tudo o que foi exposto e por toda minha vivência neste campo de estágio, acredito que toda a interacção deve ser precedida de comunicação, ainda que nem sempre essa comunicação seja nos dois sentidos, o respeito pela vida humana e a nossa consciência moral assim o deve exigir. Reconhecendo que nem todos temos uma personalidade expansiva, nem sempre é fácil expormo-nos sem feedback do receptor, quando o fazemos podemos nos sentir julgados pelo e mais até por nós próprios.

Pela responsabilidade que nos é imputada pela nossa profissão impõe-se a humanização do cuidar, considero aceitável que se usei de estratégias defensivas na comunicação, não sendo necessário falar abertamente da vida pessoal, pelo menos o toque, o comunicar técnico, tranquilizador é essencial, se o conseguirmos fazer já é um importante passo, se promovermos a proximidade e o carinho que os familiares podem dar ao seu ente querido aí já conseguimos completar o nosso trabalho. Mas nunca o banalizar do cuidar.

BIBLIOGRAFIA

BARRETO, Sérgio Saldanha Menna; VIEIRA, Sílvia Regina Rios; PINHIRO, Cleovaldo Tadeu dos Santos(2001) - *Rotinas em Terapia Intensiva*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. (2005) - *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 10ª ed. Porto Alegre : Artmed.

CARPENITO, Lynda Juall (1997)- *Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica*. 6ª Edição. Porto Alegre: Lusodidacta

CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Divulgar: Competências do Enfermeiro de cuidados gerais* 2003 [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004. [Consult. 25 de Outubro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances; GEISSLER, Alice C.(2002) - *Planos de cuidados de enfermagem : orientações para o cuidado individualizado do paciente*. 5ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.

ELKIN, PERRY & POTTER(2005) – *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ªed. Loures: Lusociência

FILHO, Wilson D. L. [et al.]. 2004. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. Vol. 6, nº 2 (Maio -Ago.). p.100-109.

HANSON, Shirley(2005) – *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

ICN – INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS) (2003) - *Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

ICN – INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS) (2005) - *Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão 1*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.]- Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances In Nursing Science* [Em linha]. (Set. 2000). [Consult. 25 Outubro. 2010]. Disponível em: WWW <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=50&hid=6&sid=57bbc1b4-7a7a-45e9-9f5d-91f02f7edd0b%40sessionmgr104> >. MELEIS, Afaf Ibrahim(2007)- *Theoretical nursing: development and progress*. 4ª Edição. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.

PEREIRA, Filipe Miguel Soares.(2007) – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Tese de doutoramento em ciências de Enfermagem.

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F.(2003) – *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª Edição. Loures: Lusociência.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin(2006) - *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

SILVA, Abel Paiva e. (2006)- *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau,. Dissertação de doutoramento em ciências de enfermagem.

SHEEHY, Susan(2001) - *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4ª Edição. Loures: Lusociência. SHEEHY, Susan(2001) - *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4ª Edição. Loures: Lusociencia.

SWEARINGEN, Pamela L; KEEN, Janet Hicks.(2001) - *Manual de enfermagem de cuidados intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes*. 4ª ed. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda..

TAVARES, J. - A cidadania no cuidar. *Informar : revista de formação contínua em enfermagem*. - Porto. - Ano 7, nº27, (Jan.Abr./2002), p.4-8

URIZZI, F. [et al.] – Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [Em linha]. Vol. 20, nº 4 (Out.-Dez. 2008), p. 370-375 [Consult. 25 Outubro. 2010]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf>

ZAFORTEZA, Concha [et al.] – The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension. *International Journal of Nursing Studies* [Em linha]. Vol. 42, nº 2

(Fev. 2005), p. 135-145. [Consult. 25Outubro. 2010]. Disponível na Internet:<URL:<http://sciencedirect.com>>. ISSN 0020-7489.

ZINN, Gabriela Rodrigues (et al.) – Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Revista Latino Americana de Enfermagem - Ribeirão Preto - Vol. 11. n.º 3 (Maio/Jun. 2003). P. 326-332

ANEXO VI

Plano de Formação “ Emergências Associadas ao Insuficiente renal no
Pré - Hospitalar ”

PLANO DE SESSÃO

FORMADORES: Aires Moutinho; Almerinda Soares; Cristina Neves. TEMA: Emergências associadas ao Insuficiente Renal no Pré-Hospitalar. TEMPO: 45 minutos.	GRUPO DESTINATÁRIO: Equipa do INEM LOCAL: Sala de reuniões. DATA E HORA: 26 de Janeiro de 2011, às 10 horas.
--	--

OBJECTIVOS:

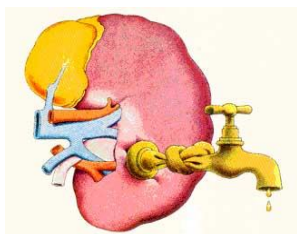
- ❖ Tecer algumas considerações sobre Insuficiência Renal
- ❖ Conhecer a actuação perante a vítima com Distúrbios Hidro-electrolíticos
- ❖ Reconhecer a actuação perante a vítima em Edema Agudo do Pulmão
- ❖ Especificar procedimentos perante a vítima com Hipotensão
- ❖ Conhecer as particularidades da vítima com acesso vascular para Hemodiálise
- ❖ Analisar o procedimento perante o Insuficiente renal Crónico em Choque Séptico

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA/ MEIOS AUXILIARES
INTRODUÇÃO	5'	Apresentação dos formadores, do tema e objectivo.	➤ Expositivo / Participativo ➤ Com o auxílio do Datashow/ computador
DESENVOLVIMENTO	20'	Desequilíbrios hidroelectrolítico Edema Agudo do Pulmão Hipotensão Acessos Vasculares	➤ Expositivo/ Participativo ➤ Com o auxílio do Datashow/ computador
CONCLUSÃO	15'	Reflexão/ Discussão sobre o tema da sessão	➤ Participativo

ANEXO VII

Powerpoint “ Emergências Associadas ao Insuficiente renal no
Pré - Hospitalar ”

EMERGÊNCIAS ASSOCIADAS AO INSUFICIENTE RENAL NO PRÉ HOSPITALAR



SUMÁRIO

- Introdução
- Função Renal/ Insuficiência Renal
- Emergências Nefrológicas
 - ✓ Distúrbios hidroelectrolítico
 - ✓ Edema Agudo do Pulmão
 - ✓ Hipotensão
- Particularidades dos Acessos Vasculares para Hemodiálise
- Choque Séptico no Insuficiente Renal Crónico
- Bibliografia

2

INTRODUÇÃO

❖ COMPETÊNCIAS DO ENFº ESPECIALISTA

"(...)Actua como formador oportuno em contexto de trabalho(...)"

(OE,2009:20)

3

❖ OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO

- Tecer algumas considerações sobre Insuficiência Renal
- Conhecer a actuação perante a vítima com Distúrbios Hidroelectrolíticos
- Reconhecer actuação perante a vítima em Edema Agudo do Pulmão
- Especificar procedimentos perante a vítima com Hipotensão
- Conhecer as particularidades da vítima com acesso vascular para Hemodiálise
- Analisar o procedimento perante o Insuficiente Renal Crónico em choque séptico

4

FUNÇÃO RENAL

○ Funções Homeostáticas

- 1- Regulação do volume plasmático e do equilíbrio hidroelectrolítico;
- 2 - Regulação da osmolalidade sanguínea;
- 3 - Manutenção do equilíbrio electrolítico;
- 4 - Regulação do equilíbrio ácido-base;
- 5 - Excreção de metabolitos e de substâncias exógenas

○ Funções Bioquímicas

- 1- Produção de hormonas (renina, eritropoietina, calcitriol);
- 2 - Produção de substâncias bioactivas;
- 3 - Síntese de glicose, angiotensinogénio e amónia;
- 4 - Metabolismo de algumas substâncias.

5

INSUFICIÊNCIA RENAL

Insuficiência Renal Crónica (IRC)

- Resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal.
- É o resultado comum da evolução de variadíssimas doenças que afectam o rim de forma irreversível: glomerulonefrite, pielonefrite crónica, hipertensão, nefropatia diabética.

6

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC)

Estádios de deterioração da função renal:

- **Diminuição da reserva funcional:** sem tradução sintomática ou alteração dos níveis séricos de ureia ou creatinina.
- **Insuficiência renal:** retenção azotada, ligeira diminuição da capacidade de concentração urinária, ligeira anemia
- **Insuficiência renal avançada:** retenção azotada, isostenúria, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipocalcemia, anemia sintomática e noctúria, SÍNDROME UREMICO

7

❖ CONSEQUÊNCIAS DA IRC

- Alterações na excreção de água e electrólitos
- Alterações da função endócrina
- Acumulação de metabolitos tóxicos



8

Insuficiência Renal Aguda (IRA)

❑ É caracterizada por uma deterioração rápida da função renal, associada ou não à oligúria (diurese inferior a 400 ml/dia).

Causas

- ✓ **Pré-renais:** alterações da perfusão renal quer por hipovolémia quer por insuficiência circulatória (choque, insuficiência cardíaca).
- ✓ **Pós-renais:** obstrução do fluxo urinário
- ✓ **Renais:** lesão glomerular, intersticial, tubular ou vascular.

↓
Necrose Tubular Aguda (NTA) contribui para cerca de 75% dos casos de IR

9

DISTÚRBIOS HIDROELECTROLÍTICOS

- **Célula** → unidade funcional do corpo
- **Rim** → regulador principal

É necessário:

- Ambiente estável
- Aporte equilibrado de nutrientes
- Remoção de resíduos
- Adequada regulação dos fluidos

10

COMPOSIÇÃO DOS FLUIDOS CORPORAIS

Água

- ✓ > constituinte do corpo
- ✓ 50% a 60% do peso no adulto

Solutos

- ✓ **Electrólitos**
 - catiões e aniões
- ✓ **Não electrólitos**
 - Glicose
 - Ureia

11

ESPAÇOS DOS FLUIDOS

- ❖ Fluido intracelular – FIC
- ❖ Fluido extracelular – FEC

- Fluido intersticial – FIS – É o fluido que preenche o espaço entre as células.
- Fluido intravascular – FIV
- Fluido transcelular – FTC – É o fluido que está contido em cavidades especiais (pleura, intra ocular).

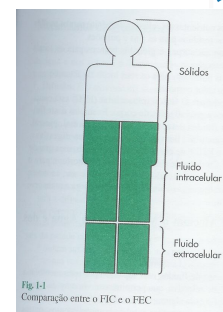


Fig. 1-1
Comparação entre o FIC e o FEC

12

DISTÚRBIOS HIDROELECTROLÍTICOS

A- Défice de volume de fluidos (Hipovolémia)

B- Excesso de volume de fluidos (Hipervolémia)

C- Alterações de:

□ **Potássio (K)**

□ Sódio

□ Cálcio

□ Magnésio

13

A- DÉFICE DE VOLUME DE FLUIDOS (HIPOVOLÉMIA)

Depleção de volume do FEC

Choque hipovolémico

Hipertermia

Queimaduras

14

INTERVENÇÕES

⇒ Reposição de fluidos **IV**

✓ Soluções cristalóides – dextrose em água

✓ Solução isotónica

✓ Solução salina com electrólitos

✓ Soluções colóides – sangue

⇒ Reposição de fluidos **oral**

⇒ Monitorizar Sinais Vitais

⇒ Monitorizar perdas

⇒ Posicionar doente com pernas elevadas a 45°

⇒ Tratamento da causa subjacente

15

SINAIS E SINTOMAS

☞ Vertigens

☞ Fraqueza

☞ Fadiga

☞ Sincope

☞ Anorexia

☞ Náuseas

☞ Vômitos

☞ Sede

☞ Confusão

☞ Obstipação

☞ Oligúria

☞ **Hipotensão**



16

HIPOTENSÃO

➤ Frequentemente associada ao pós tratamento dialítico

➤ Requer :

• Posição de trendlenburg

• Fluidoterapia

• Monitorização dos sinais vitais

Atenção- Nos dtes IRCT/ Diabéticos, esta recuperação é mais lenta.

Pode ser acompanhada de convulsões.....

17

B- EXCESSO DE FLUIDOS (HIPERVOLÉMIA)

□ Expansão do FEC

Acontece quando:

Estímulos crónicos aos rins para conservar água e sódio

Função renal anormal ↘ excreção de Na⁺ e H₂O

Administração excessiva de líquidos

Trocas de fluidos do intestino para o plasma

18

INTERVENÇÕES

- Objectivo tratar problema precipitante
 - Normalizar o FEC
1. Restrição de sódio e água
 2. Diuréticos
 3. Terapêutica de substituição renal

19

SINAIS E SINTOMAS

- Dificuldade respiratória
- Sibilos
- Roncos
- Taquipneia
- Edema
- Ascite
- Pele húmida
- Turgescência jugular
- **Edema Agudo do Pulmão (EAP)**

20

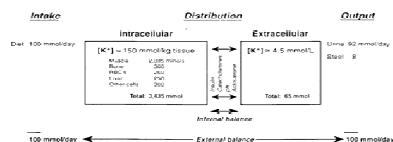
EDEMA AGUDO DO PULMÃO

- Complicação da hipervolemia
- Requer :
 - Monitorização do padrão respiratório - *Oxímetro*
 - Posição em semi-Fowler/ Fowler
 - Oxigenoterapia
 - Fármacos (Diuréticos, Aminofilina.....)
 - Hemodiálise

21

C- ALTERAÇÕES DE POTÁSSIO

- O potássio é o principal catião intracelular.
- Valores normais entre 3,5-5,5 mEq/L
- Existem dois mecanismos de controlo da homeostasia do potássio:
 - Controlo interno: distribuição do potássio entre compartimento intra e extracelular rápido
 - Controlo externo: excreção do potássio rim e intestino - lento

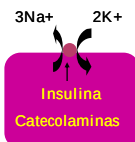


22

METABOLISMO DO POTÁSSIO

❖ Controlo interno

- **Insulina**
- **Catecolaminas**
- Exercício
- Necrose ou lesão tecidual
- Crescimento celular acelerado
- Hipertonicidade
- Fármacos/ Toxinas
- Alterações ácido-base

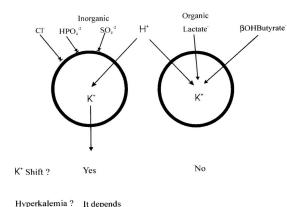


23

METABOLISMO DO POTÁSSIO

❖ Controlo interno

A acidose metabólica causada por aniões inorgânicos gera hipercalemia, ao contrário da acidose metabólica causada por iões orgânicos

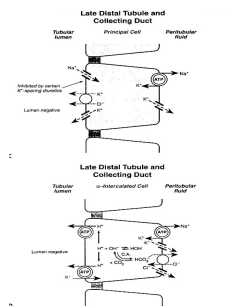


24

METABOLISMO DO POTÁSSIO

❖ Controlo externo

A quantidade de K excretada depende principalmente do que se passa nas células principais e intercalares dos tubulos distais e ductos colectores



25

HIPOCALEMIA- SINTOMAS

❑ Musculares

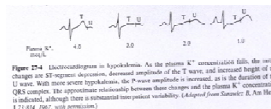
- Músculo cardíaco
 - Arritmias
- Músculo esquelético
 - Falta de força, rabdomiólise, mialgias, cãibras
- Músculo Liso
 - Alterações intestinais

❑ Renais

- Incapacidade de concentração
- Doença intersticial medular

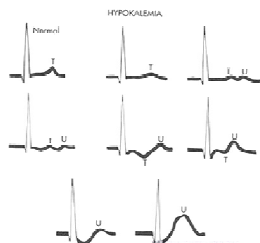
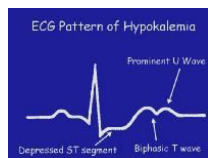
❑ Neurológicos

- Sede, parestesias



26

ECG NA HIPOCALEMIA



27

HIPOCALEMIA- ETIOLOGIA

As principais etiologias são:

- Vómitos
- Diarreia
- Utilização de diuréticos

Etiology of hypokalemia	
Decreased net intake	
A. Low dietary intake or K ⁺ -free intravenous fluids	
B. Clay ingestion	
Increased extrarenal losses, leading to transient hypokalemia	
A. Elevation in extracellular pH	
B. Increased availability of insulin	
C. Excessive sweating or profuse diarrhea, administration of a surfactant agent	
D. Period paralysis-hypokalemic form	
E. Treatment of metabolic acidosis with NaHCO ₃ or NaCl, or of neuroleptics with NaCl	
F. Pseudohypokalemia	
G. Hypothermia	
H. Chloroquine intoxication	
Increased gastrointestinal losses	
A. Loop and thiazide-type diuretics	
B. Mineralocorticoid excess	
C. Liddle's syndrome	
D. Bartter's or Gitelman's syndrome	
E. Increased flow to the distal nephron	
F. Loop and thiazide-type diuretics	
G. Salt wasting nephropathies	
H. Sodium reabsorption with a nonreabsorbable anion	
I. Vomiting and nasogastric suction	
J. Metabolic acidosis	
K. Penicillin derivatives	
L. L-dopa	
M. Increased sweat losses	
N. Dialysis	
O. Potassium depletion without hypokalemia	

28

HIPOCALEMIA- DIAGNÓSTICO

➤ Deve ser efectuada:

- História clínica (vómitos, diarreia, etc)
- História medicamentosa
- Exame físico
- Electrólitos e osmolalidade sérica e urinária
- Gasimetria
- ECG

29

HIPOCALEMIA- TRATAMENTO

✓ Cloreto de potássio oral ou endovenoso

- Quando administrado em via ev preferir solução salina a glicosada
- Não administrar a mais que 10-20 mEq/h
- Não administrar mais que 20-40 mEq/L em veia periférica e 60 em veia central

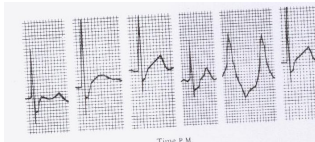
Indications for initiating K ⁺ Therapy during Hypokalemia	
Absolute indications	
Digitalis therapy	
Therapy for diabetic ketoacidosis	
Presence of symptoms	
Severe hypokalemia (<2.0 mEq/L)	
Strong indications	
Myocardial disease	
Anticipated hepatic encephalopathy	
Anticipated increase in another factor that causes a shift of K ⁺ into ICF (e.g. B2-adrenergics)	
Modest indications	
Development of glucose intolerance	
Mild hyperkalemia (K ⁺ closer to 3.5 mEq/L)	
Need for better antihypertensive contr.	

30

HIPERCALEMIA- SINTOMAS

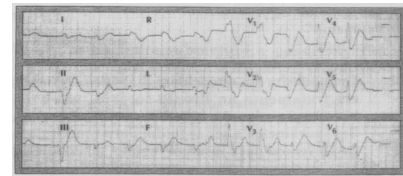
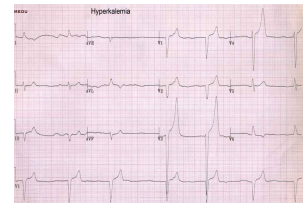
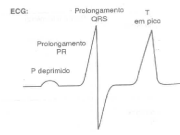
o Musculares

- Músculo cardíaco
 - Arritmias
- Músculo esquelético
 - Falta de força, paralisia



31

ECG NA HIPERCALEMIA



32

HIPERCALEMIA- ETIOLOGIAS

❖ As causas mais frequentes são:

- Insuficiência renal
- Associada a medicamentos (IECAs, ARAs, espironolactona, AINES, Bloq Beta)
- Hipoadosteronismo hiporreninêmico
- Pseudo-hipercalcemia

Etiology of hyperkalemia	
Increased intake	
A. Oral	
B. Intravenous	
C. Movement from cells into extracellular fluid	
D. Pseudohyperkalemia	
E. Metabolic acidosis	
F. Insulin deficiency and hyperosmolality in uncontrolled diabetes mellitus also acute hyperosmolality due to hypernatremia or the administration of hypertonic mannitol	
G. Tissue catabolism	
H. B-adrenergic blockade	
I. Severe exercise	
J. Digitalis overdose	
K. Periodic paralysis- hyperkalemic form	
L. Cardiac surgery	
M. Succinylcholine	
N. Arginine	
O. Decreased urinary excretion	
P. Renal failure	
Q. Effective circulating volume depletion	
R. Hypoadosteronism	
S. Type I renal tubular acidosis- hyperkalemic form	
T. Selective potassium secretory defect	

33

HIPERCALEMIA- DIAGNÓSTICO

o Deve ser efectuada:

- História clínica (história de insuficiência renal, etc)
- História medicamentosa
- Exame físico
- Função renal
- Gasimetria
- ECG

34

HIPERCALEMIA- DIAGNÓSTICO

o Deve ser efectuada:

- História clínica (história de insuficiência renal, etc)
- História medicamentosa
- Exame físico
- Função renal
- Gasimetria
- ECG

35

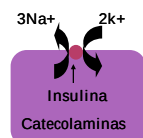
HIPERCALEMIA- TRATAMENTO

o Estabilizador da membrana

- Gluconato de cálcio a 10%- 10 mL em 2-3 min

o Redistribuição intracelular

- Bólus de 10-20 U de insulina com 50 mL de glicose a 50% seguida de glicose a 5% a 100 mL/h
- Salbutamol neb com 1amp em 3cc de SF



Remoção de potássio do organismo
 -Furosemida
 -Resina permutadora de cátions 15-30g 4/4h ou 6/6h associada a laxante
 -Hemodiálise

–Bicarbonato de sódio – se acidose metabólica?

36

ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE

- Fístula arteriovenosa – FAV
- Prótese arteriovenosa – PTFE
- Cateter venoso central – CVC

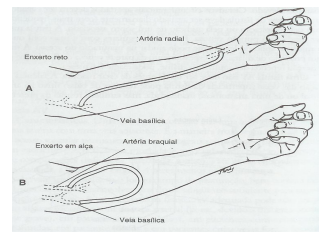
Provisório

Definitivo – tunelizado

37

FISTULA ARTERIOVENOSA (FAV)

Anastomose entre uma artéria e uma veia



38

COMPLICAÇÕES DOS ACESSOS AV

- @ Pseudo-aneurisma
 - Dilatação venosa
 - Hemostase inadequada
 - Pressão venosa elevada, proximal e/ou distal
- @ Rupturas Traumáticas
 - Acidentes laborais,
 - Acidentes de viação,
 - Por objectos corto-perfurantes
- @ Pseudo-aneurisma micótico
 - Ruptura



39

PSEUDO ANEURISMA



40

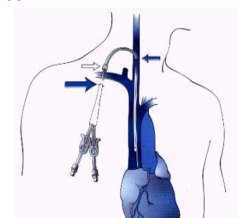
INTERVENÇÕES

- Garrote
- Compressão directa
- Acesso vascular/ **intra ósseo**
 - Osteodistrofia
 - Osteomalácia
- Fluidoterapia

41

CATETER VENOSO CENTRAL – CVC

- Ⓢ Dispositivo de material sintético
- Ⓢ Duplo Lúmen
- Ⓢ Colocado num grande vaso
 - ✓ Jugular interna
 - ✓ Femoral
 - ✓ Subclávia



42

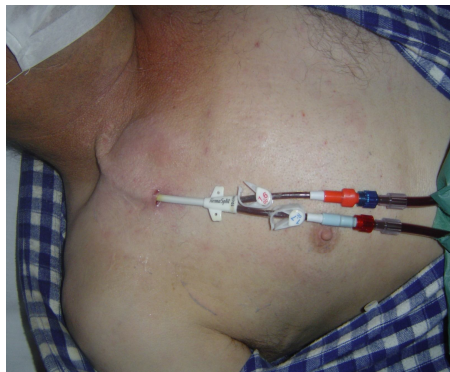
Complicações com os CVC

- Fractura
- Exteriorização
- Tromboembolismo

Intervenções

- Clampagem
- Compressão
- Trendlenburg, decúbito lateral esquerdo, oxigenoterapia, fármacos

43



44

ATENÇÃO

Estes acessos podem ser utilizados

- **FAV**  Não puncionar na anastomose
- **CVC**  Retirar heparina dos lúmens

45

CHOQUE SÉPTICO ASSOCIADO AO IRC

- Urosépsis
- Associados:
 - ✓ Dispositivos intravasculares
 - ✓ FAV
 - ✓ Catéter de Tenckoff (Diálise Peritoneal)

46



47

BIBLIOGRAFIA

- COTTER G, et al. – **Pulmonary edema, new insights on pathogenesis and treatment**, Curr Opin Cardiol, 9:139-143,2002.
- CUPPARI, L et al IN: Schor, N (editor). **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: Nutrição clínica no adulto**. 2 ed. São Paulo: Manole, p. 189-220, 2005.
- DAUGIRDAS, J et al. – **Manual de Diálise**, 3ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p.157-183,2003.
- FERREIRA V, ANDRADE D. – **Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade**, Medicina (Ribeirão Preto), 40 (4): 562-68, out./dez. 2007.
- MAHONEY BA, et al. – **Emergency interventions for hyperkalemia**. Cochrane Database Syst Rev 2:CD003235,2005.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de desenvolvimento profissional, Siece, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**, 2º caderno temático, Lisboa, 2009.
- RIELLA, MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroelétrólitos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- SILVA M.A. et al. – **Complicações das fistulas arteriovenosas na nefrova**, X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2005.

48

ANEXO VIII

Questionário “ Identificação de Necessidades Formativas na UCIP “

Interpretação Analítica do Questionário

QUESTIONÁRIO – IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Formação em serviço

Diagnostico de situação relativamente as técnicas dialíticas.

No âmbito do Mestrado com Especialidade em Enfermagem Medico-Cirúrgica,pretendo colaborar com o serviço realizando uma acção de formação. Agradeço a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

Sente necessidade de actualização de conhecimentos em técnicas dialíticas

- ☐ sim
- ☐ nao

Na sua opiniao qual das seguintes abordagens satisfaria melhor as suas necessidades

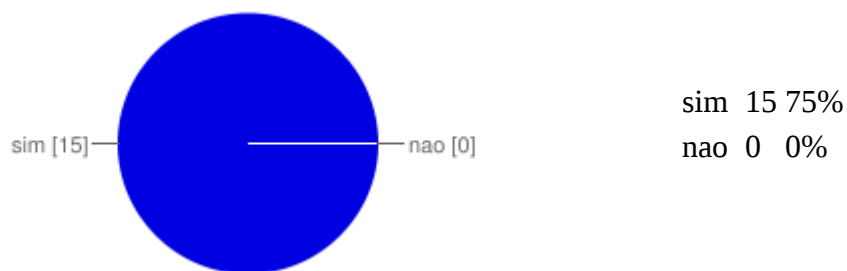
- ☐ Teorica
- ☐ Pratica
- ☐ Teorico/Pratica

Relativamente a esta temática que outras questões gostaria de ver abordadas

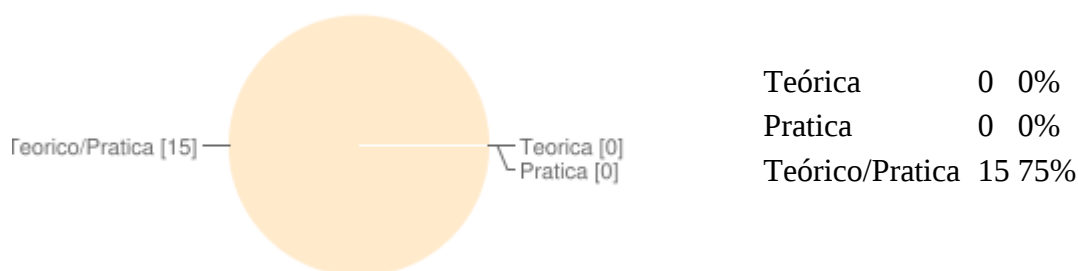
Pergunta sem nome

Interpretação Analítica do Questionário

Sente necessidade de actualização de conhecimentos em técnicas dialíticas?



Na sua opinião qual das seguintes abordagens satisfaria melhor as suas necessidades?

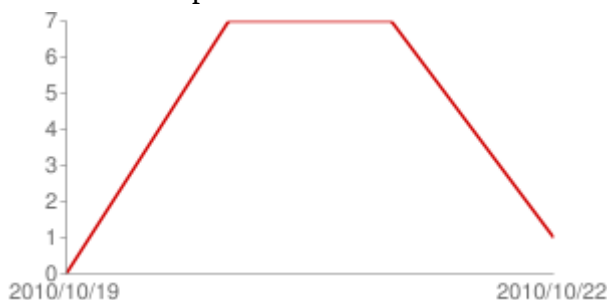


Relativamente a esta temática que outras questões gostaria de ver abordadas?

Respostas integrais:

A abordagem de técnicas dialíticas contínuas mas também descontínua (dado que só os enfermeiros da nefrologia é que trabalham com estas máquinas de diálise e, vulgarmente, demoram muito tempo até chegar ao nosso serviço quando chamados e não permitindo, frequentemente, a recirculação do sangue). Além disso, penso que deveríamos ter conhecimentos mais aprofundados da plasmaferese e da técnica com citrato. Cuidados com o doente dialisado Optimização das técnicas dialíticas em cuidados intensivos Papel do enfermeiro na gestão dos recursos materiais e humanos Articulação entre o serviço de Nefrologia e a UCIP.

Número de respostas diárias



Número de respostas sem datas: 5

ANEXO IX

Plano da Sessão “Técnicas De substituição Da função Renal /
Plasmaférese na UCIP”

PLANO DE SESSÃO

FORMADORES: Aires Moutinho TEMA: Técnicas De substituição Da função Renal, Plasmaférese TEMPO: 1 hora	GRUPO DESTINATÁRIO: Enfermeiros da UCIP LOCAL: UCIP DATA E HORA: No decorrer do Estagio
--	--

OBJECTIVOS:

- Fornecer conhecimentos para melhor compreensão das técnicas;
- Fornecer conhecimentos para execução das técnicas;
- Sensibilizar os Enfermeiros para colaboração interdisciplinar com o serviço de Nefrologia;

FASES	TEMPO	CONTEUDOS	METODOLOGIA
INTRODUÇÃO	5'	Apresentação dos formadores e dos objectivos	➤ Exposição da sessão informal em contexto pratico
DESENVOLVIMENTO	50'	Conceitos e definições importantes Informação das vantagens Informar sobre os alarmes mais frequentes e quais a sua resolução	➤ Exposição da sessão informal em contexto pratico
CONCLUSÃO	5'	Reflexão/ Discussão	➤ Participativo

ANEXO X

“Plasmaférese na UCIP”, Contextualização teórico/Prática.

Plasmaférese

Etimologicamente a palavra plasmaférese deriva do grego “aféresis” que significa remover parte de um todo.

Definição – Significa a remoção de plasma, parte não celular do sangue, composta essencialmente por água e proteínas.

A Plasmaférese refere-se a um procedimento extra corporal de depuração sanguínea destinada à remoção de elementos patogénicos, geralmente ligados a proteínas plasmáticas, cujo elevado peso molecular não permite a sua remoção por meio de outras técnicas.

Na plasmaférese ou troca terapêutica de plasma, um grande volume de plasma é removido de um paciente e substituído por plasma fresco congelado ou albumina (soluto de reposição) com a finalidade de evitar grandes alterações na quantidade de líquido intravascular.

A Plasmaférese pode ser realizada por separadores centrífugos de células (realizado pelos serviços de imunoterapia) ou em unidades de Nefrologia/Unidade de Cuidados Intensivos, utilizando filtros de capilares e monitores específicos.

Esta técnica tem por objectivo retirar do compartimento vascular factores patogénicos habitualmente de natureza inflamatória, imunológica ou tóxica.

FACTORES PATOGENICOS RETIRADOS POR PLASMAFERE

✓ IMUNOGLOBULINAS	→	➤ SÍNDROME DE HIPERVISCOUIDADE, MIELOMA MÚLTIPLO.
✓ IMUNOCOMPLEXOS	→	➤ MIASTENIA GRAVIS, VASCULITE SISTÉMICA.
✓ LIPOPRÓTEINAS	→	➤ HIPERCOLESTEROLÉMIA.
✓ PLAQUETAS	→	➤ PURPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA.
✓ TÓXICOS	→	➤ CRISE TIREOTÓXICA
✓ MEDIADORES INFLAMATÓRIOS INESPECÍFICOS	→	➤ CITOQUINAS

Mecanismos de acção

Possíveis mecanismos de factores de acção de troca terapêutica de plasma:

Remoção de factores anormais circulantes

- Anticorpos (doença anti-membrana basal do glomerulo, miastenia grave, síndrome de Guillain-Barré).
- Proteínas monoclonais.
- Imunocomplexos circulantes (crioglobulinemia; lúpus eritematoso sistémico).
- Aloanticorpos (aloimunização rh na gravidez).
- Factor tóxico (púrpura trombocitopenica trombótica; síndrome hemolítico- urémico; glomeruloesclerose segmentar e focal).

Reposição do factor plasmático específico

Purpura Trombocitopenica Trombótica (P.T.T.)

Outros efeitos sobre o sistema imune

Melhoria da função do sistema retículoendotelial; Remoção de mediadores inflamatórios (citocinas, complementos); Alteração da relação antígeno- anticorpo, resultando em formas mais solúveis de imunocomplexos.

O seu principal modo de acção é a redução rápida de factores específicos associados à doença, em que têm como premissa básica de tratamento a remoção de substâncias de natureza Imunológica, Inflamatória ou Tóxica permitindo a reversão do processo patológico relacionado com a sua presença. O exemplo desses factores tem, auto-anticorpos patogénicos (anticorpo anti membrana basal do glomerulo); complexos imunes; factores tromboticos etc. Outro efeito específico da plasmaferese é a sua habilidade em remover outras proteínas de alto peso molecular que possam participar no processo inflamatório (ex. fibrinogéneo).

Princípios do tratamento

- ✚ Pela natureza imunológica da maior parte das doenças tratadas por plasmaférese, a terapia deve incluir imunossupressão (corticosteroides e agentes citotóxicos).
- ✚ As doenças que respondem a plasmaferese devem ser tratadas o mais precoce possível .
- ✚ Remoção da Imunoglobulina envolvida na resposta inflamatória.

Como o mais importante fundamento para a TPE é a remoção de anticorpos patogénicos, o conhecimento da cinética de remoção das imunoglobulinas assim como a sua relação com a plasmaférese é fundamental.

Assim temos três conceitos fundamentais a reter:

- As imunoglobulinas têm meias-vidas relativamente longas, de cerca de 21 dias para IgG e de 5 dias para IgM.
- O tempo de vida plasmático determinará a rapidez de rebote do nível plasmático do patógeno e a frequência das sessões de plasmaférese seguintes. Não esquecer que habitualmente após a depuração de uma substância intravascular por plasmaférese, ocorre um novo aumento na sua concentração.
- Ter também em atenção que existe diferenças de distribuição intravascular versus extravascular que determinará quão efectivamente elas poderão ser removidas no curso de uma única sessão de plasmaférese

Base farmacocinética para a prescrição

Com base nestes conceitos prescreve-se geralmente a troca de um volume plasmático por dia durante 5 dias consecutivos em intervalo de 24 horas para permitir uma drenagem linfática adequada para dentro do espaço vascular. Não esquecer que a prescrição de TPE devem ser sempre direccionadas para a macromolécula específica que é patogénica se conhecida.

Volume plasmático (estimativa)

Para prescrever uma plasmaférese adequada é necessário ter em atenção o volume plasmático do doente e efectuar uma estimativa utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{VP} = (1 - \text{HTc}) (b + cw)$$

VP = Volume plasmático

HTC = Hematócrito (% de sangue constituído por eritrócitos)

W = Peso corporal

C = Factor de correcção (H- 1530; M- 864)

b = Factor de correcção (H- 41; M- 47,2)

Kaplan (1992) usou um método simplificado para prever o volume plasmático estimado:

$$\text{VP} = (0,065 \times \text{peso em Kg}) \times (1 - \text{HTc})$$

Considerações

A separação entre o plasma e as células sanguíneas pode ser realizada por Centrifugação (oferece uma remoção celular selectiva, mas com frequência esta associada a trombocitopenia), ou então por Filtração, isto é uso de filtros altamente permeáveis (filtros de fibras capilares semelhantes aqueles dos dialisadores, porem com poros maiores).

Separação do plasma por centrifugação:

As células sanguíneas são separadas por gravidade, com base nas diferentes densidades dos vários componentes. Actualmente existem dois tipos de métodos : intermitente e contínuo.

Separação do plasma por Membrana (Filtração):

Usam membranas com um cutoff (margem) para peso molecular de aproximadamente três milhões, geralmente suficiente para permitir a passagem de imunocomplexos (peso molecular +- um milhão).

Com equipamentos de fibras capilares, a taxa de fluxo sanguíneo deve exceder 50ml/min para que não ocorra coagulação. A taxa ideal de fluxo sanguíneo é geralmente de 100- 150ml/min. Quando se tem uma taxa de fluxo sanguíneo de 100ml/min pode-se esperar uma taxa de remoção plasmática de 30- 50ml/min. Assim o tempo médio necessário para realizar uma filtração típica por membrana ($V_e = 2.800\text{ml}$) é menor do que 2h ($40\text{ml/min} \times 60\text{min} = 2400\text{ml}$). A taxa de remoção plasmática é linearmente relacionada com a Q_{B_i} e depende também do HTc e em menor extensão da PTM.

Acesso vascular

Nas situações de filtração é necessário um acesso venoso central, uma vez que ela requer uma taxa de fluxo sanguíneo entre 100 – 150ml/min para uma operação bem sucedida e eficiente do sistema de filtração. A melhor alternativa é o uso de um cateter de duplo lúmen de diálise. O uso da veia femoral é preferível à veia subclávia ou jugular interna para diminuir o risco de arritmias a partir do retorno do sangue hipocalcémico próximo ao nó atrioventricular do coração. O ritmo cardíaco deve ser monitorizado assim como a saturação do O_2 .

Anticoagulação

A sensibilidade e a sobrevivência da heparina variam muito nos pacientes, e são necessários ajustes individuais de dose caso seja possível a sua administração. Para a maioria dos pacientes pode-se usar uma dose de carga de 50U/Kg, seguida por uma dose de manutenção de 1000U/Hora. Deve-se fazer um controlo frequente (em cada meia hora) do tempo de tromboplastina parcial activada (TTPa), mantendo-o entre 180 – 220 seg (ver rotinas de colheitas de sangue na folha de plasmaférese do serviço). Pode ser necessário aumentar as

doses de heparina nos pacientes com baixo hematócrito e quando a taxa de ultrafiltração é alta.

Solução de Reposição

A selecção do tipo e da quantidade de líquido de reposição é uma consideração importante na prescrição da plasmaférese. Na maioria dos procedimentos, a reposição por agente colóide é essencial para a manutenção da estabilidade Hemodinâmica. Na prática este limita-se a albumina, geralmente na forma de uma solução isonatrémica a 5% ou ao plasma na forma de plasma fresco descongelado (a quantidade reposta pode ser idêntica ou por vezes ligeiramente superior ou inferior, consoante o balanço hídrico pretendido, de forma a evitar o excesso ou depleção do volume de líquido extracelular):

Solução	Vantagem	Desvantagem
Albumina	✚ Sem risco de hepatite	✚ Caro
	✚ Stock a temperatura ambiente	✚ Sem factores de coagulação
	✚ Reacções alérgicas raras	✚ Sem imunoglobulinas
	✚ Sem preocupação quanto ao grupo sanguíneo ABO	
Plasma fresco descongelado (PFD)	✚ Perda de mediadores inflamatórios	✚ Risco de transmissão de HBs e HIV
	✚ Factores de coagulação	✚ Reacções alérgicas
	✚ Imunoglobulinas	✚ Reacções hemolíticas
	✚ Factores “ benéficos”	✚ Deve ser descongelado
	✚ Complementos	✚ Deve ser ABO compatível

✚ Plasma fresco congelado

Tem a vantagem de ser semelhante em composição ao filtrado removido do paciente, mas esta associada a efeitos colaterais como reacções alérgicas. Urticária e erupções na pele que podem ser sérios, são frequentemente presentes. Pode originar reacções anafiláticas, caracterizadas por febre, tremor urticária, broncoespasmos, hipotensão e raramente edema pulmonar não cardiogénico causado por transfusão passiva de leucoaglutininas.

Esta solução de reposição contém citrato e o seu uso aumenta o risco de reacções hipocalcémicas. Havendo uma redução marcada de cálcio que pode provocar arritmias, aparecimento de parestesias labiais e extremidades, deve-se administrar gluconato de cálcio

conjuntamente com o soluto de reposição quando necessário e administrar sempre carbonato de cálcio 1gr de 30 em 30min (ver folha de plasmáfereze).

Também existe uma incidência pequena mas mensurável de transmissão via PFD de Hepatite B (0,0005% por unidades de plasma), Hepatite C (0, 03% por unidade) e HIV (0,0004% por unidade), embora tais riscos de infecção, sejam actualmente, muito menores devido aos testes de pré e pós- doação.

Em relação a púrpura trombocitopênica trombótica/síndrome hemolítico urémico (TTP/ HUS), as razões de usar plasma como única solução de reposição, são que a sua infusão pode por si só ser terapêutica e que na presença de trombocitopenia, o risco de sangramento como consequência de minimizar perturbações dos factores de coagulação é maior. Em geral, uma vez que a plasmáfereze depleta também os factores de coagulação, a reposição por albumina e cristalóides podem colocar o paciente em risco aumentado de hemorragia.

Albumina

A grande vantagem da sua administração em relação ao plasma fresco deve-se ao facto de este não ter qualquer risco de transmissão de infecções e de condicionar um menor número de reacções anafiláticas. As soluções de albumina sérica humana purificada não transmite doenças virais, porque ocorre tratamento térmico prolongado durante o processamento, tornando-se uma solução de reposição adequado na plasmáfereze.

Com a sua administração não é feita a reposição de todos os elementos plasmáticos, daí ser possível aparecer algumas complicações como o défice factores de coagulação; como o risco de hemorragia ou trombose; e o défice de imunoglobulinas, fundamentais para a resposta imunitária dos organismos com o risco inerente a infecções.

A albumina infundida liga-se ao cálcio livre circulante reduzindo a sua concentração. Sendo necessário administrar o gluconato e o carbonato de cálcio de forma a evitar a hipocalcémia. Também é desprovida de potássio pelo que deve ser suplementado de forma a evitar um défice na sua concentração que poderia levar ao aparecimento de determinadas complicações como arritmias cardíacas.

Complicações

Os efeitos colaterais observados na troca de plasma geralmente não são graves e podem ser facilmente tratados se forem previstos:

Relacionados com o acesso vascular

- Hematoma
- Pneumotorax
- Infecção
- Hemorragia retroperitoneal

Relacionada com o procedimento

Hipotensão por exteriorização do sangue no circuito extracorpóreo

Hipotensão por pressão oncótica intravascular reduzida (perda de proteínas)

Hemorragia pela redução de factores de coagulação e perda de elementos celulares (plaquetas).

Formação de edema por pressão oncótica intravascular reduzida.

Trombose por eventual perda de factores circulantes anticoagulantes.

Infecção, devido à perda de imunoglobulinas associadas à imunossupressão.

Contaminação viral por plasma fresco.

Alergias/ reacções anafiláticas por plasma fresco.

Arritmias.

Hipocalcémia.

Hiperkaliemia

Biocompatibilidade da membrana.

Indicações

Para plasmaferese de urgência

Doença anti- membrana basal glomerular (síndrome de Goodpasture)

Síndrome de hiperviscosidade com sinais e sintomas sugerindo AVC

Insuficiência respiratória na síndrome de Guillain- Barre

Miastenia grave com stress respiratório não respondendo à medicação

Envenenamento agudo

Crioglobulinemia

Glomerulonefrite rapidamente progressiva (necrosante)

Mieloma múltiplo

Nefrite lúpica

Glomeruloesclerose segmentar focal

- Síndrome de guillan-Barré aguda
 - Esta entidade parece ser mediada por uma IgM monofásica, anticorpo antimielina do nervo periférico e por altos títulos de anticorpo antiganglicosídeo IgG
- Miastenia gravis
 - Esta é uma doença auto imune associada a anticorpos ant-receptor de acetilcolina
 - acetilcolina
- Síndrome de hiperviscosidade

- Ocorre mais comumente na macroglobulinemia de Waldenström e ocasionalmente com mieloma e crioglobulinemia. Esta é produzida por concentrações plasmáticas muito altas de imunoglobulinas monoclonais, que aumentam a agregação de células vermelhas e impedem o fluxo sanguíneo adequado, além de levar a isquemia e à disfunção de todos os sistemas orgânicos
- Esclerose múltipla
- Púrpura Trombocitopênica idiopática (ou imune)
 - Resulta da presença de anticorpos contra as plaquetas. O anticorpo é usualmente um IgG dirigida contra antígenos glicoproteicos da membrana
- Inibidores dos factores de coagulação
 - São geralmente anticorpos IgG que se ligam a um componente da cascata de coagulação, o mais comum apresenta actividade contra o factor VII
- Hipercolesterolemia
- Vasculite sistémica
 - Presença de anticorpos anti neutrófilo
- Lúpus Eritematoso Sistémico (LES)
 - Presença de anticorpo antiDNA

Procedimentos técnicos

Características Gerais

- O set para Plasmaferese é um circuito extracorpóreo de uso único destinado a ser utilizado no monitor após selecção do “TPE”(Therapeutic Plasma Exchange).
- Este set consiste em um plasmafiltro de polipropileno de fibras ocas e suas linhas de cloro de polivinilo plastificado. Ao filtro está conectado permanentemente:
 - Ao compartimento de sangue: a uma linha de entrada de sangue (vermelha) e uma linha de retorno de sangue (azul)
 - Ao compartimento do filtrado: a uma linha de eliminação do líquido (amarela)
 - O set inclui outras linhas: a linha de rejeição (violeta) e uma linha para o anticoagulante.
 - O volume do set é de 88 ml.
- Apresenta um saco colector de dois litros que se conecta no fim da linha de entrada do sangue para recolher o líquido do priming; um saco colector de 5litros que se liga na extremidade da linha de eliminação de líquidos para recolher o plasma filtrado.

- Existência de uma linha de infusão no final da linha de entrada do paciente (vermelha) para permitir uma rápida administração de soro fisiológico se for necessária.
- Especificações
- Características do funcionamento do filtro:
 - PTMe* máxima (mmhg/ kg) --- 120/ 16
 - Fluxo sanguíneo mínimo (ml/min) --- 100
 - Fluxo máximo (ml/ min) ---180
- Características do filtro:
 - Filtro de fibras ocas de polipropileno
 - Cartucho e tampas de policarbonato
 - Cola de poliuretano
- Controlo da Pressão na plasmaferese:

Pressão transmembranaria de entrada: $PTMe = PA - PF$

- PTMe é a Pressão Transmembranaria local na linha de entrada do filtro, combinada com a pressão transmembranaria local, máxima ao longo do filtro. Utiliza-se para predizer o risco da hemolise. Para minimizar este risco o PTMe não deve exceder os 16kPa (120mmhg).

Pressão Transmembranaria: $PTM = (PA + PO) / 2 - PF$

- Este parâmetro representa a media do gradiente de pressão através da membrana quando se assume que as perdas de pressão do filtro e sangue são lineares. Permite predizer a intensidade do fluxo do filtrado.
- PA = pressão a entrada do filtro (lado de entrada do sangue);
PO = pressão a saída do filtro (lado do retorno do sangue); PF = pressão do filtrado.



Carregamento do set

- Retirar o set do invólucro e manter o filtro na posição vertical (de modo que a etiqueta esteja para cima). Encaixar o cartucho fazendo alguma pressão no carregador correspondente (no centro do painel dianteiro da maquina prisma).

- Colocar os quatro sensores de pressão em suas cápsulas. Colocar as linhas dirigindo-as aos seus correspondentes destinos, passando-as pelas respectivas sinalizações referenciadas pelas cores, pelo detector de ar, pelo clamp da linha de retorno e pelo detector de fugas de sangue.
- Se necessário, conectar a bolsa colectora do efluente a linha de eliminação de líquido (amarela). Dependurar a bolsa de efluente no gancho da balança amarela.
- Verificar se a bolsa colectora do priming esta preconnectada de forma segura tanto ao segmento de linha vermelha como a transparente. Dependurar a bolsa colectora do priming ao gancho da esquina esquerda (na parte inferior do painel dianteiro).

☀ **Preparação das soluções**

- Preparar 4 litros de solução fisiológica, para o priming (cujo ultimo litro deve conter 5.000IU de heparina). Serão colocados no gancho da esquina direita (na parte inferior do painel dianteiro). Conectar a linha de retorno azul a solução de priming.
- Conectar a linha do anticoagulante a uma seringa com anticoagulante. Instala-la na bomba.
- Colocar a solução de reposição no gancho da balança violeta; conectar a linha de solução de reposição (violeta) a respectiva solução.

☀ **Priming do set**

- Durante o priming e o funcionamento, comprovar cuidadosamente a ausência de fugas nas ligações do set e respectivas conexões especialmente nas bolsas conectoras e respectivo filtro. As fugas podem provocar perda de sangue e embolia gasosa. Se não se puder resolver a fuga ajustando as conexões, deve-se substituir o set.
- Antes de conectar a linha de retorno ao paciente, verificar a ausência de ar entre o segmento de linha colocado no detector de ar e o extremo da linha de retorno. Se houver ar nesta parte da linha de retorno, conectar ao paciente a linha de entrada e inicia-se o bombeamento do sangue enquanto se deixa a linha de retorno conectada ao frasco de soro fisiológico. Extrai-se o ar que exista no sistema e de seguida para-se a bomba. Desconecta-se a linha de retorno do frasco de soro fisiológico e liga-se ao paciente. Se a quantidade de ar presente no circuito de sangue for excessiva, volta-se então a realizar o priming do circuito.
- Uma vez terminado o priming, não se deve retirar os sensores de pressão das cápsulas, pois caso contrario dever-se-a mudar todo o set.

- Se não se conectar de imediato o set ao doente depois de finalizado o priming, deve-se voltar a fazer novo priming com soro fisiológico heparinizado e nunca menos de 250ml. Para esta operação é necessário um novo frasco de solução de priming e uma nova bolsa colectora.
- O priming requer 4 ciclos individuais entre os quais necessita a intervenção de um operador. Cada ciclo dura aproximadamente 7 minutos. Depois de completados os 4 ciclos de priming:
 - Examinar cuidadosamente o set para verificar que todas as conexões estejam bem colocadas; nenhuma linha se encontre obstruída e que não haja fugas nem ar no sistema.
 - Deixar colocadas as bolsas de solução de priming e bolsa colectora de priming até ao momento em que se esteja preparado para ligar o doente.
 - Continuar com o teste de priming seguindo as instruções que aparecem no painel da unidade de controlo da prisma.

☀ **Procedimento para mudança do set**

- Carregar em “Parar” na janela de situação
- Carregar em “Mudar set” e seguir as instruções que vão aparecendo no painel.

☀ **Procedimento de desconexão temporária**

- Precionar a janela de “Situação”
- Precionar “Desconectar temporariamente” e de seguida seguir as instruções que aparecem no painel.
- O operador deve forçosamente restituir ao paciente o sangue que se encontra no set e voltar a realizar novo priming conforme as instruções do painel.

☀ **Procedimento de infusão de soro fisiológico**

Para praticar uma infusão rápida de soro a um paciente:

- Parar a bomba de sangue e reduzir todos os fluxos a zero
- Clampar o segmento vermelho da linha de entrada próxima ao doente.
- Conectar o soro fisiológico a linha de infusão do conector em “y” (segmento transparente da linha de entrada).
- Desclampar a linha de infusão (segmento transparente da linha de entrada).
- Ajustar a intensidade do fluxo de sangue a intensidade requerida de infusão de soro fisiológico.

- Uma vez praticada a infusão da quantidade de soro fisiológico necessária, para-se a bomba de sangue e clampa-se a linha de infusão.
- Desclampar o segmento da linha de entrada vermelha próxima ao acesso.
- Colocar novamente a intensidade do fluxo de acordo com a prescrição e de seguida reiniciar o tratamento.



Procedimentos especiais em caso de complicações

★ **Fuga de sangue na membrana do filtro:**

• **Fuga interna**

As fugas de sangue através da membrana do filtro são detectadas automaticamente pelo sistema de alarme da unidade de controlo da prisma. Activa-se o alarme de advertência e todas as bombas param de imediato a fim de evitar perdas de sangue. O sangue que permanecer no set pode ser restituído ao paciente normalmente ou através da opção “Mudar set” existente na janela “Parar” do painel da prisma.

• **Fuga de sangue externa:**

Este tipo de fuga pode não ser identificada imediatamente pela equipa de controlo, gerando uma grande perda de sangue. Para minimizar o risco de fuga, deve-se fazer uma revisão durante o tratamento do filtro de plasma e de todas as conexões existentes no sistema. Se se observar fuga de sangue externa, deve-se de imediato parar a bomba de sangue. Iniciar uma acção de resolução da situação, seja fixando as conexões ou substituindo o set.

★ **Hemolise:**

- Para minimizar o risco de hemolise, a unidade de controlo prisma controla o PTMe e emite alarmes quando excedem os limites de pressão máxima. Quando se realiza a plasmaferese recomenda-se sempre um controlo adicional.
- Para minimizar o risco de hemolise não se deve fixar a velocidade do fluxo sanguíneo em menos de 100ml/ min..
- Para evitar complicações provenientes do aumento da viscosidade do sangue, o hematócrito pós filtro nunca deve exceder os 65%.
- Em alguns casos pode ocorrer hemolise (coloração rosada ou vermelha na bolsa de eliminação) e não ser detectada pelo alarme da prisma. Quando realizamos a plasmaferese deve-se ter um controlo rigoroso da bolsa de eliminação. Em caso de possível hemolise, reduzir de imediato a zero os fluxos de filtração (reposição e perda de plasma do paciente) e de seguida

verificar os parâmetros do paciente antes de prosseguir com o procedimento.

- Durante o tratamento por plasmaferese, existe o risco de hemólise por causa do tamanho relativamente grande dos poros da membrana e a grande diferença de pressão requerida entre o sangue e o compartimento do efluente do filtro de plasma. A combinação de um baixo fluxo de sangue e um alto fluxo de reposição (e/ ou uma alta taxa de perda de plasma) aumenta o risco hemólise causando uma excessiva PTMe. Para minimizar o risco de hemólise, o sistema controla a PTMe e emite um alarme caso se exceda os limites de pressão máxima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DAUGIRDAS, J.et al. (2003) – *Manual de Diálise*, 3ª Ed. Rio de Janeiro.MEDSI,

ANDRE A.KAPLAN,(1999) – *A Practical Guide to Therapeutic Plasma Exchange*, Blackwell Publishers.

ANEXO XI

Hemodiálise/Sleed na UCIP, contextualização teórico-prática

HEMODIÁLISE/SLEED

Sendo as UCI's, unidades especializadas no tratamento de doentes com falência multiorgânica e com tecnologia cada vez mais sofisticada para a substituição de funções vitais, as técnicas de substituição da função renal (hemodiálise) e a plasmaférese, são uma realidade nestas unidades, concretamente na UCIP. Após a identificação e percepção da necessidade formativa nesta área e dada a minha experiência pessoal entendi, em conjunto com o meu tutor e após levantamento dessa necessidade formativa, que era apropriado a realização da formação atrás mencionada, uma vez que a técnica já implementada na UCIP, depende em exclusivo do Serviço de Nefrologia. Assim indo de encontro as propostas manifestadas pelos Enfermeiros da UCIP, contextualizadas num inquérito proposto, estes revelam vontade de uma colaboração mais activa, no sentido da optimização da técnica, com ganhos evidentes para todos, contudo os enfermeiros ainda revelam algumas dificuldades e pareceu-nos que fazia todo o sentido, aproveitar a minha experiência de muitos anos a lidar com esta técnica dialítica, no que respeita não só à formação em contexto de sala, de teor mais teórico, mas através de formação na prática, no decurso do tratamento, de acordo com as competências do enfermeiro especialista actuar “ (...) como formador oportuno em contexto de trabalho (...) ” (OE, 2009: 20).

A insuficiência renal aguda (IRA) em Cuidados Intensivos é uma situação frequente, que aumenta consideravelmente a mortalidade¹. Faz habitualmente parte de uma falência multiorgânica² com um peso bastante expressivo nos índices de gravidade e de trabalho das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

A sua incidência entre Unidades é variável, dependendo das características das mesmas e do tipo de doentes admitidos.

No caso específico dos Cuidados Intensivos, a utilização de técnicas dialíticas para o tratamento da IRA tem de ter em consideração o estado hemodinâmico dos doentes.

O melhor método dialítico apropriado para os doentes hemodinamicamente instáveis é ainda bastante controverso^{3- 6}. As técnicas dialíticas contínuas (TDC) são as mais frequentemente utilizadas pelos Intensivistas, em especial quando coexiste algum tipo de suporte circulatório com aminas⁷. Porém, recentemente foram descritas as técnicas dialíticas intermitentes adaptadas (TDIA). Estas são também denominadas de diálise diária prolongada (*daily extended dialysis*), técnicas dialíticas híbridas (*hybrid renal replacement techniques*), diálise diária sustida de baixa eficácia (*sustained low-efficient daily dialysis*) ou diálise diária de baixa eficácia (*slow low efficient daily dialysis, SLEDD*).

Relativamente às técnicas dialíticas intermitentes convencionais, as principais diferenças residem na duração do tratamento (superior a seis horas para), na velocidade da bomba de

sangue (inferior a 200 cc/minuto) e na velocidade da bomba do dialisante (no limite inferior possível, de acordo com o tipo de monitor disponível). A possibilidade das TDH se constituírem numa alternativa às TDC no tratamento da IRA em Cuidados Intensivos em doentes com semelhante gravidade clínica; o seu impacto na mortalidade e no controlo urémico dos doentes tratados.

A disfunção/falência renal no contexto de falência múltipla de órgãos constitui um problema comum nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), sendo responsável por um agravamento significativo da morbilidade e mortalidade dos doentes acometidos. A magnitude do problema é de tal forma importante que cerca cinco por cento desses doentes necessitam de uma Técnica de Substituição Renal (TSR). Na revisão de literatura efectuada, a evidência a nível nacional é escassa para apoiar as vantagens da SLEDD face às técnicas contínuas, no entanto destaco, um estudo retrospectivo, não randomizado, realizado por PAULO MARCELINO et al, (2006), realizado na Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital Curry Cabral, Lisboa, em que foram avaliados dois grupos de doentes em dois períodos de tempo distintos. Esse trabalho consistiu num estudo comparativo de duas populações de doentes críticos com o objectivo de avaliar os seguintes aspectos: a possibilidade das técnicas dialíticas híbridas (TDH) se constituir numa alternativa às técnicas dialíticas contínuas (TDC) no tratamento da IRA em Cuidados Intensivos em doentes com semelhante gravidade clínica; o seu impacto na mortalidade e no controlo urémico dos doentes tratados.

Quando ocorre uma IRA no contexto de falência múltipla de órgãos, a utilização de uma TSR, torna-se essencial e imprescindível. Nos últimos anos, tem-se assistido a grandes avanços na melhoria dos equipamentos dialíticos possibilitando um acréscimo mais facilitado da “dose renal”, com a criação de membranas mais biocompatíveis e com um tempo de utilização cada vez mais prolongado.

Com a elaboração deste documento pretende-se dar resposta a uma necessidade formativa contextualizada nas respostas de um questionário previamente elaborado, assim passo a descrever o procedimento a efectuar.

A – DEFINIÇÃO

Conjunto de acções que visam a correcta solução de determinadas ocorrências intradialíticas, relativamente ao circuito de sangue extra corporal (CEC) não tão frequente, mas de fácil resolução.

Se a necessidade de mudança de dialisador, por micro ou macro ruptura, surgir nos últimos 30 minutos de diálise, termina-se a sessão de diálise.

B – ACÇÕES DE ENFERMAGEM

Acções	Observações
1. <u>COAGULAÇÃO DO CEC.</u>  Perante esta situação o enfermeiro deve: ✓ Desligar a ultra filtração e parar a bomba de sangue; ✓ Clampar os segmentos das agulhas arterial e venosa assim como as extremidades das linhas que se ligam às agulhas; ✓ Retirar os conectores de banho após esvaziar o dialisador; ✓ Rejeitar linhas arterial, venosa e dialisador; ✓ Verificar a permeabilidade das agulhas arterial e venosa;	A coagulação do CEC é uma intercorrência intradialítica que implica a rejeição de todo o CEC, por impossibilidade de se infundir o sangue. Esta intercorrência tem como causa principal a ausência de heparina no CEC durante o tratamento dialítico, embora possam existir outras causas.

- ✓ Montar o monitor com novas linhas e dialisador, e preencher o CEC com soro fisiológico isotónico;
- ✓ Estabelecer o CEC e reajustar o objectivo de ultra filtração de acordo com o soro infundido ao doente, tendo em conta: objectivo de UF inicial, Taxa de UF/Hora e tempo restante de tratamento;
- ✓ Ligar a ultra filtração;
- ✓ Fazer registos da ocorrência;

2. ENTRADA DE AR NO CEC

A entrada de ar no CEC é resultado de:

- Deficiente clampagem do segmento da entrada de soro no circuito;
- Não clampagem do segmento da entrada de soro no circuito;
- Deficiente conexão da linha arterial á agulha arterial;
- Deficiente adaptação do transducer arterial;
- Defeito na porção da linha arterial entre a agulha arterial e o corpo de bomba;
- Administração de terapêutica no segmento de entrada de soro no CEC, sem controlo por máquina infusora, entre outras situações.

Actuação do enfermeiro:

- ▶ Desligar a ultra filtração;
- ▶ Diminuir o débito da bomba de sangue para 150 ml/mn;

- ▶ Fazer lavagem do CEC com soro fisiológico isotónico até desaparecer todo o ar do circuito;
- ▶ Aspirar a espuma ou ar existente através do segmento existente na ampola venosa, com uma seringa ou sistema de soros a ela adaptada, se necessário;
- ▶ Se precisar de mais de 500 ml de soro para retirar o ar, deve rejeitar parte dele;
- ▶ Reajustar o objectivo de ultra filtração de acordo com o soro infundido ao doente, tendo em conta: objectivo de UF inicial, Taxa de UF/Hora e tempo restante de tratamento;
- ▶ Colocar o débito efectivo correspondente ao prescrito na bomba de sangue;
- ▶ Ligar a ultra filtração;
- ▶ Fazer registos da intercorrência.

3. RUPTURA DO DIALISADOR

A ruptura de membranas do dialisador é detectada através do alarme «Bloodleak/fuga de sangue» do monitor de diálise. A ruptura microscópica é confirmada através de fitas «Combur-teste». Se for macroscópica, observa-se a presença de sangue no dialisante do conector azul (de saída de banho), sendo a quantidade de sangue directamente proporcional

A. SUBSTITUIÇÃO do DIALISADOR POR RUPTURA MICROSCÓPICA ▶ Desligar a ultra filtração e a bomba de heparina; ▶ Avaliar sinais vitais do doente, antes de iniciar a reinfusão de sangue; ▶ Reduzir o débito da bomba de sangue para 150-180 ml/mn; ▶ Abrir o interconector de banho; ▶ Reinfundir o sangue ao doente em circuito fechado; ▶ Após a reinfusão do sangue, clampar os segmentos dos acessos vasculares e respectivas linhas arterial e venosa junto aos topos superior e inferior do dialisador; ▶ Esvaziar o dialisador e colocar os conectores de banho no interconector; ▶ Desadaptar as linhas do dialisador, observar as suas características de rejeitá-lo; ▶ Colocar o novo dialisador no suporte e adapte as linhas arterial e venosa aos respectivos topos do novo dialisador;	ao tamanho da ruptura. Na mudança de dialisador é obrigatório ter em atenção a causa que está na sua origem, dependendo dela as acções de enfermagem. Em todo o procedimento deve ser constante e permanente a segurança do doente.
---	--

- ▶ Desclampar as linhas junto aos dois topos do dialisador e colocar os conectores de banho no novo dialisador;
- ▶ Deixe passar pelo dialisador 500 ml de soro isotónico, após o que se deve proceder como se fosse iniciar o tratamento;
- ▶ Reajustar o objectivo de ultra filtração de acordo com o soro infundido ao doente;
- ▶ Ligar novamente a ultra filtração e a bomba de heparina;
- ▶ Verificar e confirmar a segurança do CEC;
- ▶ Avaliar os sinais vitais do doente;
- ▶ Fazer registos da intercorrência.

B. SUBSTITUIÇÃO do DIALISADOR POR RUPTURA MACROSCÓPICA

- ▶ Desligar a ultra filtração e a bomba de heparina;
- ▶ Avaliar sinais vitais do doente;
- ▶ Clampar os segmentos das agulhas arterial e venosa assim como as respectiva linhas;
- ▶ Retirar os conectores de banho e colocá-los no interconector;
- ▶ Rejeitar linha arterial, dialisador e linha venosa (retirar a seringa de heparina da linha arterial para ser colocada na nova linha);

NÃO SE REINFUNDE O SANGUE AO DOENTE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▶ Preencher os segmentos das agulhas arterial e venosa com soro fisiológico isotónico;▶ Efectuar os procedimentos previstos para a montagem do monitor e início de tratamento;▶ Reajustar o objectivo de ultra filtração de acordo com o soro infundido ao doente;▶ Ligar novamente a ultra filtração e a bomba de heparina;▶ Verificar e confirmar a segurança do CEC;▶ Avaliar os sinais vitais ao doente;▶ Fazer registos da intercorrência. | |
|---|--|

1.As técnicas de depuração extrarenal estão baseadas em elementos biofísicos e bioquímicos, substituindo parte das funções renais e permitindo que a insuficiência renal crónica seja compatível com a vida.

Os princípios físicos utilizados na depuração extrarenal são:

- ✚ Difusão
- ✚ Osmose
- ✚ Ultrafiltração
- ✚ Adsorção

- Definições

- ✚ **Difusão**

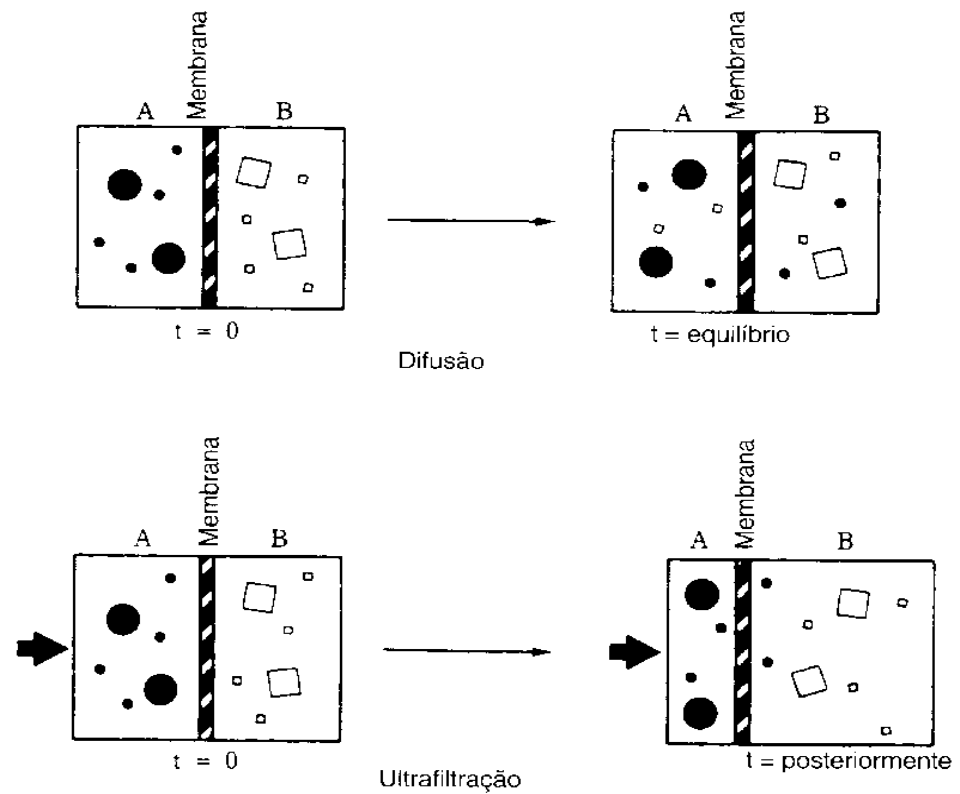
Processo pelo qual duas soluções de distinta concentração chegam a misturar-se uniformemente do lugar de mais concentração ao de menor concentração (Fig. nº1)

- ✚ **Ultrafiltração**

Passagem de água através de uma membrana obrigada por uma diferença de pressões entre ambos os lados de uma membrana, pressões essas que podem ser positivas ou negativas. Ao contrário da difusão a filtração depende da diferença de pressão entre ambos os lados da membrana.

As pressões osmóticas e hidrostáticas condicionam a ultrafiltração. Esta quando conseguida por pressões mecânicas (pressão hidrostática) é muito mais eficaz que a produzida por pressões osmóticas e mais favorável a eliminação da água. (Fig. nº1)

Fig. nº 1



🌈 Osmose

Mecanismo de difusão da água (solvente) através de uma membrana semipermeável, à semelhança da membrana celular. A selectividade desta membrana permite a difusão da água, mas não difusão de todo o tipo de solutos dissolvidos em água.

A água difunde-se a partir de uma solução proporcionalmente com mais água, através da membrana, para uma solução proporcionalmente com menos água. Visto que as concentrações dos solutos são expressas em termos de concentrações de soluto e não em termos de conteúdo de água, esta difunde-se da solução menos concentrada (menos solutos, mais água) para a solução mais concentrada (mais solutos, menos água).

🌈 Adsorção

Fenómeno físico na qual a substância adsorvente exerce uma atracção entre as suas moléculas e as do líquido que as rodeia, ficando retidas na sua superfície.

✚ Pressão osmótica

Diferença de pressão que se estabelece entre duas soluções de distinta concentração que se colocam em contacto através de uma membrana semipermeável. Isto é, é a força necessária para evitar o movimento da água por osmose, através de uma membrana selectivamente permeável.

Termos que definem a pressão osmótica das soluções:

- Isosmóticas: são soluções com igual concentração de partículas de solutos que têm a mesma pressão osmótica.
- Hiperosmótica: Solução que tem uma concentração de soluto maior de que a outra (quando comparada com a solução mais diluída).
- Hiposmótica: solução mais diluída, com pressão osmótica mais baixa, (comparada com a solução mais concentrada).

✚ Pressão hidrostática

Força que exerce o líquido de diálise sobre as paredes do dialisador

✚ Convecção

Quando a água atravessa uma membrana devido a um gradiente de pressão hidrostática (ultrafiltração), há por arrasto (solvent drag) uma transferência de solutos que se associa à difusão. Neste transporte por convecção, a quantidade de solutos que passam do sangue para o banho de diálise depende do tamanho de partículas, do diâmetro dos poros e da diferença de pressão hidrostática de ambos os lados da membrana. (Fig. nº2)

Fig. nº2

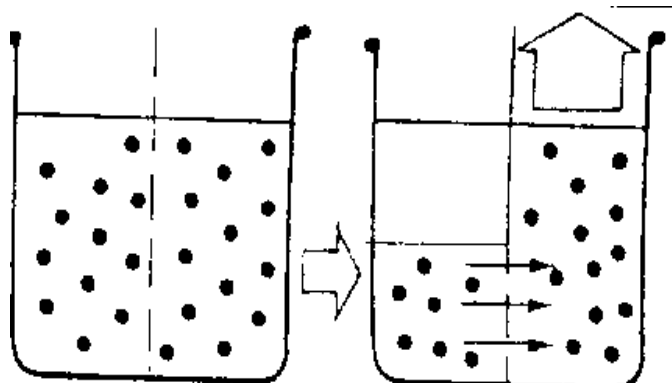


Fig.
N^o3

2. As técnicas utilizadas na depuração extrarrenal utilizam um ou vários fenómenos físicos

Diálise Peritoneal	Diálise mais ultrafiltração osmótica
Hemodiálise	Diálise mais ultrafiltração hidrostática
Hemoperfusão	Adsorção
Hemofiltração	Convecção mais ultrafiltração hidrostática
Hemodiafiltração	Diálise mais convecção, mais ultrafiltração hidrostática
Plasmafiltração	Filtração do plasma

3 Princípios de Diálise

3.1 Remoção do soluto: Em uso clínico, as toxinas urémicas são filtradas do sangue através de uma membrana semi-permeável, sendo transportadas para o espaço onde corre o banho de diálise.

3.2 O que é uma membrana semipermeável: É uma membrana de material que possui poros, é livremente permeável à água e onde só passam as partículas dissolvidas com diâmetro molecular inferior ao diâmetro dos poros. Daí que estas passem a uma velocidade inversa ao seu tamanho, isto é, partículas mais pequenas passam mais depressa que as maiores.

3.3 Como funciona uma membrana semi-permeável em hemodiálise? O sangue do doente passa através de um compartimento formado por uma membrana semi-permeável. O líquido dializante envolve este compartimento por fora. Eritrócitos, leucócitos, plaquetas e a maioria das proteínas do plasma são demasiado grandes para passar através destes poros da membrana. Água e pequenas partículas como ureia, creatinina e glicose e todos os iões, cálcio, fósforo, sódio, cloro, atravessam por difusão.

3.4 O que é a difusão? As moléculas numa solução estão em constante movimento e espalham-se uniformemente através da solução. Se há duas soluções diferentes separadas por uma membrana semi-permeável, as moléculas permeáveis atravessam a membrana até ficarem com idêntica concentração em ambos os lados. Este fenómeno tem o nome de difusão. A difusão das partículas através de uma membrana semi-permeável é a base do tratamento da diálise.

3.5 Qual a razão de nem todos os solutos serem removidos pelo dialisador? A solução dialisante é uma solução electrolítica com uma composição semelhante à do sangue. As moléculas de água, assim com a dos electrólitos e outras pequenas partículas, atravessam a membrana em ambas as direcções. Se a concentração de uma partícula for maior num dos lados, haverá passagem do lado de maior concentração para o lado de menor concentração. A isto chama-se gradiente de concentração. Sendo assim só são removidos pelo dialisador os produtos aos quais a membrana é permeável e que existem em maior concentração no compartimento sanguíneo.

3.6 Quais os produtos metabólicos removidos na hemodiálise? Um grande número de toxinas são acumuladas na uremia, como ureia, creatinina, fósforo, etc.,. muitas destas são relativamente pequenas moléculas com menos de 500 dalton de tamanho. Estas, através da difusão, atravessam as membranas rapidamente, de acordo com o seu gradiente de concentração. É aceite que as substâncias a que se atribui maior toxicidade nos doentes em diálise são substâncias catabólicas de peso molecular acima de 1200 dalton – são as chamadas médias moléculas. A Vit. B12 é a substância que se usa para fazer o teste de permeabilidade das membranas a este tipo de moléculas, as quais difundem mal através da maior parte das membranas convencionais. As

grandes moléculas também poderão acumular-se e serem tóxicas como é o caso da B2 microglobulina com 11900 dalton que é hoje responsabilizada pela amiloidose nestes doentes.

3.7 Transporte: O rim artificial é destinado a remover toxinas urémicas, restaurar o balanço hidroelectrolítico e corrigir os distúrbios ácidos/ base. O processo de diálise envolve o transporte do excesso de solutos indesejáveis (ureia, creatinina, fósforo, etc.) e de água do sangue através da membrana semi-permeável. Em termos de engenharia, este termo “transporte” é chamado transferência de massa, e a velocidade deste movimento é a taxa de transferência de massa.

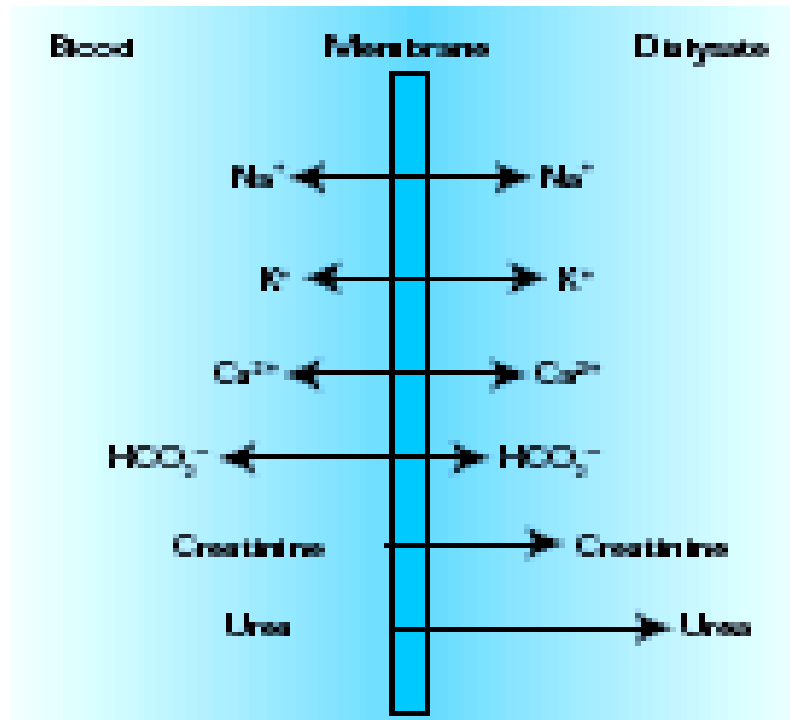
3.8 Factores que afectam a transferência de massa: O fluxo, ou quantidade de substância que passa através da membrana, a uma temperatura constante, é governada pelo gradiente de concentração de solução e as características físicas do dializador, tais como, a área de superfície efectiva da membrana e a sua permeabilidade, bem como as velocidades do sangue e do banho. A taxa de transferência de massa varia continuamente durante o procedimento de diálise.

3.9 A taxa de transporte de difusão depende de: Gradiente de concentração através da membrana; Área de superfície da membrana; Coeficiente de transferência característico de cada membrana; Velocidades do sangue e do líquido dialisante.

3.10 Importância do transporte de convecção: Partículas como as médias moléculas, devido ao deficiente transporte por difusão, passam a transferir-se fundamentalmente por convecção. Este transporte é o factor físico de maior importância em hemodiálise de alto fluxo, e em técnicas de hemofiltração arteriovenosa contínua e hemodiafiltração, entre outras.

4. Diálise

Processo em que a composição do soluto de uma solução A, está alterada pela exposição da solução A a uma segunda solução B, através de uma membrana semipermeável.



4.1 - Mecanismo de transporte de soluto

🌈 Difusão

Este mecanismo é o resultado de uma movimentação aleatória (Fig. nº 1), mas está dependente de alguns factores:

a) Do Gradiente de Concentração

A velocidade relativa de passagem de um determinado soluto (ex: soluto x) da solução A para a solução B e vice-versa dependerá da frequência das colisões entre as moléculas do soluto X e a membrana. A frequência da colisão estará relacionada com a concentração relativa do soluto X de cada lado da membrana. Assim a velocidade efectiva de transferência de um suposto soluto proveniente da solução A para a solução B será maior quando o gradiente de concentração entre as duas soluções para aquele soluto especial for maior.

b) Do Peso Molecular

Quanto maior o peso molecular de um soluto, mais lenta será a sua velocidade de transporte através da membrana semipermeável. A razão desta situação deve-se a dois aspectos:

- Velocidade

A velocidade de uma molécula em solução está inversamente relacionada com o seu peso. Isto é pequenas moléculas adquirem uma velocidade maior o que implica colisões mais frequentes com a membrana, assim o ritmo de transporte difuso será alto. O inverso acontece com as grandes moléculas.

- Tamanho

O peso molecular de um soluto correlaciona-se em alto grau com o seu tamanho. A membrana inibirá total ou parcialmente a passagem de um soluto à medida que o seu peso molecular se aproximar e passar o tamanho dos poros.

c) Da resistência da Membrana

A resistência ao transporte de um soluto será alta se a membrana for espessa, ou seja o nº de poros reduzido ou muito estreitos. Também temos de ter em conta a camada de líquido imóvel de cada lado da membrana pois inibem a difusão, porque actuam reduzindo o gradiente de concentração efectivo na superfície da membrana. A espessura desta camada é afectada pelo: fluxo de sangue; solução de diálise; e desenho do dialisador.

 Ultrafiltração (transporte convectivo)

Esta situação ocorre quando a água, (que são moléculas extremamente pequenas e passam em todas as membranas semipermeáveis), impulsionada pela pressão hidrostática ou pela força osmótica é empurrada através da membrana.

A água ao ser empurrada arrasta alguns solutos, que podem passar facilmente pelos poros. Os solutos que são maiores que os poros são mantidos. Assim para tal soluto grande, a membrana funciona como uma peneira.

a) Ultrafiltração hidrostática

Durante o tratamento dialítico, a água (e solutos pequenos) passa do sangue para o líquido de diálise resultante do gradiente de pressão hidrostática entre os dois compartimentos. O ritmo de ultrafiltração vai

depende da diferença total de pressão através da membrana (calculada como a pressão no compartimento de sangue menos a pressão no compartimento de líquido de diálise).

b) Coeficiente de ultrafiltração (kuf)

A permeabilidade das membranas à água pode variar consideravelmente e é em função da espessura da membrana e do tamanho dos poros. Essa permeabilidade é indicada pelo seu coeficiente de ultrafiltração. O Kuf é o ml/h de ultrafiltrado que se consegue por cada mmHg (TMP).

5. Remoção de solutos a nível do dialisador

5.1 - Difusão

A – Circuito de hemodiálise:

Os produtos catabólicos de baixo peso molecular que se acumulam no sangue urémico estão ausentes da solução de diálise. Assim inicialmente a velocidade de fluxo desses solutos é maior do sangue para a solução de diálise do que o fluxo retrógrado. Mas se estas duas soluções são deixadas em contacto estático, em cada lado da membrana, as concentrações dos produtos catabólicos na solução de diálise tornar-se-ão iguais à do sangue. Isto é, existe transporte entre os dois lados só que a velocidade de transporte e o transporte retrógrado seriam iguais. No entanto na prática a concentração de equilíbrio não acontece porque os compartimentos estão continuamente a ser preenchidos com nova solução de diálise e de sangue não dialisado.

O fluxo nos dois compartimentos é em contracorrente (sentido inverso) para maximizar a diferença da concentração de produtos catabólicos entre o sangue e a solução de diálise em todas as partes do filtro.

B – Clearance de sangue total do filtro:

Para caracterizar o trabalho do filtro, a percentagem de redução da concentração sanguínea de um determinado produto catabólico é multiplicada pelo fluxo de sangue que passa através do dialisador para obter um volume hipotético de sangue que esta a ser totalmente depurado daquele produto em cada minuto.

Por exemplo se o nível de nitrogénio ureico plasmático na entrada do filtro é de 100mg/dl e a saída é de 25mg/dl, a redução dessa concentração de 100 para 25mg/dl traduz-se numa redução de 75%. Se o fluxo de sangue é de 200ml/minuto, então 150ml/minuto de sangue ($0,75 \times 200$) esta a ser totalmente depurado de ureia.

► Efeito dos eritrócitos

Anteriormente o sangue foi tratado como um líquido simples, mas não é verdade porque um fluxo de sangue de 200ml/minuto corresponde a um fluxo plasmático de 140ml/minuto e um eritrocitário de 60ml/minuto (com

hematócrito de 30%). Assim o que foi medido anteriormente na saída e entrada do filtro tem a haver com o nível plasmático de um determinado produto catabólico.

Para a ureia este problema não existe pois difunde-se facilmente para dentro e fora dos eritrócitos, o mesmo não acontece com a creatinina e muitos outros solutos porque não se equilibram rapidamente entre o plasma e os eritrócitos.

► Cálculo da depuração da ureia na porção aquosa do sangue:

A ureia esta dissolvida nos eritrócitos e na porção aquosa da sangue. Não esquecer que 93% do plasma e 72% de um eritrócito é composto de água. Existe alguma ureia ligada a porção não aquosa dos eritrócitos por isso considera-se a ureia dissolvida em um volume igual a 80% do volume eritrocitário. Por exemplo:

- Velocidade de fluxo de sangue total = 200ml/ minuto (hematócrito de 30%)
- Velocidade de fluxo do Plasma = $200(1-0,30) = 140\text{ml/ minuto}$
- Velocidade de fluxo da porção aquosa do plasma = $0,93 \times 140\text{ml/ minuto} = 130\text{ml/ minuto}$
- Velocidade de fluxo dos eritrócitos = $200 \times 0,30 = 60\text{ml/ minuto}$
- Velocidade de fluxo da porção aquosa dos eritrócitos = $0,80 \times 60\text{ml/ minuto} = 48\text{ml/ minuto}$
- Velocidade do fluxo da porção aquosa do plasma + velocidade de fluxo da porção aquosa dos eritrócitos = $130 + 48 = 178\text{ml/ minuto}$.

Esta correcção para a porção aquosa do sangue é importante quando se usa o clearance do filtro para se saber quanta ureia é removida durante a sessão de hemodiálise, porque quando não se faz há uma superestimação da sua quantidade removida em cerca de 10%. Pode-se também obter este resultado multiplicando-se o clearance de sangue total por 0,894.

► Efeito do hematocrito no clearance de ureia da porção aquosa do sangue:

Uma variação do hematócrito tem pouca importância na depuração da ureia, visto que a sua distribuição efectiva nos eritrócitos (80%) está muito próxima ao do plasma (93%).

► Efeito do hematócrito no clearance de creatinina e fósforo:

Com o aumento do hematócrito existirá uma redução na depuração do filtro em creatinina e mais a nível do fósforo.

C – Factores que afectam a depuração da ureia da porção aquosa do sangue

► Efeito da velocidade do fluxo sanguíneo:

A depuração da ureia não aumenta em proporção directa à velocidade do fluxo sanguíneo. À medida que a velocidade do fluxo sanguíneo aumenta,

o dialisador é incapaz de remover a ureia no mesmo grau de eficiência. Como resultado o nível plasmático de ureia nitrogenada na saída do filtro aumenta:

- Por exemplo se tivermos uma velocidade de fluxo = 200ml/ minuto e um nível plasmático de ureia de entrada de 100mg/dl e de saída de 25mg/ dl teremos uma redução de 75% então,

$$\text{Clarence} = 20\text{ml} * (0,75) = 150\text{ml/ minuto};$$

Se a velocidade for aumentada para o dobro, 400ml/ minuto e um nível plasmático de entrada de 100mg/ dl e de saída de 50mg/ dl teremos o seguinte, clarence = $400 * (100-50) =$

$$400 * 0,50 = 200\text{ml/ minuto}.$$

Conclui-se que apesar de haver um aumento de 100% na velocidade de fluxo o da clarence da ureia não foi significativo, isto é, só de 33% (de 150 para 200ml/ minuto).

► Efeito da velocidade do fluxo de solução de diálise

O clarence de ureia depende também da velocidade do fluxo de solução de diálise porque um aumento irá resultar numa melhor eficiência da difusão da ureia do sangue para a solução de diálise, só que geralmente o efeito não é grande.

► Efeito do peso molecular no clarence difusivo

Como os solutos de alto peso molecular se movimentam muito lentamente a sua difusão é relativamente muito baixa. No entanto para solutos mais pequenos como a ureia (PM= 60) a sua remoção do sangue tem uma eficiência de 75% e da creatinina (PM=113) com uma remoção de apenas 60%.

Para solutos ainda maiores como a vitamina B₁₂ (PM=1.355) a % de remoção é pequena e mesmo com a elevação do fluxo sanguíneo gera apenas um efeito modesto no aumento do clarence destas moléculas maiores.

Em moléculas muito grandes como a B₂-Mcroglobulina (PM=11.800), não podem passar através dos poros de uma membrana de diálise padrão (baixo fluxo) o que implica que o clarence do filtro seja zero. Já o mesmo não acontece com as membranas de alto fluxo pois têm poros de tamanho suficiente para que esta molécula passe.

5.2 - Ultrafiltração

Este mecanismo durante a diálise é realizado com a finalidade de remover a água acumulada tanto pela ingestão de líquido como pelo metabolismo de alimentos

durante o período interdialítico. Tipicamente um paciente sendo dialisado três vezes por semana, irá ganhar 1 a 4 kg de peso entre os tratamentos necessitando para a sua remoção 3 a 4 Horas de diálise. Assim a necessidade clínica para ultrafiltração varia geralmente de 0,5 a 1,5 Litros/ H.

6. Síndrome urêmica, toxinas urêmicas

Síndrome urêmica é o conjunto de sinais e sintomas que se manifestam numa insuficiência renal severa. Esta situação é reflexa da presença de determinadas substâncias no sangue que deveriam ser eliminadas pelos rins ao que designamos por toxinas urêmicas. As mais conhecidas são a ureia e a creatinina e que tradicionalmente se relacionou com o síndrome urêmico por se encontrar concentrações elevadas no plasma quando a função renal esta alterada.

No entanto, apesar de uma baixa toxicidade a medida da sua concentração plasmática é um bom indicador do grau de funcionamento do rim.

Assim quando se fala de toxinas urêmicas podemos determinar vários grupos de substancias que causam o síndrome urêmico:

- i. Aumento da concentração plasmática de produtos provenientes do metabolismo nitrogenado.
- ii. Alteração na produção de substâncias de origem endócrino renal
- iii. Transtornos hidroeletrolíticos

Também podem ser classificadas pelo seu peso molecular, em pequenas e medianas moléculas:

▪ Pequenas moléculas

São uma série de substâncias derivadas em sua maioria do metabolismo nitrogenado, de baixo peso molecular (inferior a 500 daltons) e que na insuficiência renal se acumulam no plasma e nos tecidos. Eliminam-se com facilidade pela diálise. Os principais deste grupo são:

- Ureia (só é tóxica a partir de altas concentrações como 300 a 400 mg%).
- Creatinina (toxina suave), produto do metabolismo da musculatura esquelética.
- Acido úrico (produto do metabolismo das purinas)
- Compostos guanidínicos (tem efeitos tóxicos neurológico e hematológico).
- Aminas.

▪ Moléculas medianas

São substâncias de peso molecular entre 500 a 2000 daltons

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DAUGIRDAS, J. et al. (2003) – *Manual de Diálise*, 3ª Ed. Rio de Janeiro. MEDSI, p. 157-183.

MARCELINO P. et al, (2006) – *Técnicas dialíticas híbridas ou hemodiafiltração para doentes hemodinamicamente instáveis em cuidados intensivos*, Acta Med Port; 19: 275-280, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – *Modelo de desenvolvimento profissional, Siece, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*, 2º caderno temático, Lisboa, 2009.

LAMEIRE. N, Van Biessen, W, Vanholder, R. (2005) *Acute renal failure*, Lancet.

KUMAR VA, DEPNER, (2002) Daily dialysis in the intensive care unit. Int j artif organs.