



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU**

## **RUMO À ENFERMEIRA PERITA**

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

Anabela Ferreira Chaves Correia Gonçalves

Viseu, Abril de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU**

## **RUMO À ENFERMEIRA PERITA**

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

Anabela Ferreira Chaves Correia Gonçalves

Sob orientação da Professora Teresa Borges

Viseu, Abril de 2011

"O conhecimento perito, e desde logo também o conhecimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento"

Benner

## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a todos aqueles que de forma directa ou indirecta contribuíram para a realização do curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica em especial:

- À Universidade Católica Portuguesa pela realização do curso;
- Aos Professores e Coordenadores do curso;
- À nossa Orientadora do curso Professora Teresa Borges;
- À Enfermeira Natália Soares, Enfermeira Chefe da UCIC; ao Enfermeiro Presas, Enfermeiro Chefe do SUG;
- Às nossas Tutoras - Enfermeira Isabel Tavares, Enfermeira Goreti Fernandes, Enfermeira Anabela Antunes e Enfermeiro Luís Marques
- A todos os colegas do SUG e UCIC;
- Aos colegas, formandos do Curso de Pós-Licenciatura, pela inter-ajuda e partilha de conhecimentos;
- Aos nossos familiares, amigos e colegas, pela motivação e apoio incondicional, neste percurso;

**A todos o nosso sincero obrigado!**

## RESUMO

A profissão de enfermagem tem vindo a evoluir nas últimas décadas, havendo necessidade de responder aos desafios que vão surgindo, tendo o enfermeiro como objectivo adquirir conhecimentos através da formação contínua, desenvolvendo capacidades e competências pessoais que lhe permite maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança na tomada de decisão.

A formação permite o desenvolvimento do pensamento crítico e reflectido no contexto da sua prática, visando uma melhoria contínua do exercício profissional com a finalidade de proporcionar ao doente cuidados de qualidade.

Assim surgiu-nos a necessidade de frequentar o curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, proporcionada pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras.

Aquisição de competências implica a mobilização de diversos recursos, alguns deles adquiridos no período de formação teórica e teórico-prática, tornando-se imprescindível uma articulação entre os saberes teóricos e os saberes práticos.

Dos três Módulos de estágio integrados no plano curricular do referido curso, realizámos dois, tendo equivalência ao Módulo III (opcional).

O estágio Módulo II, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, no Hospital São Teotónio de Visu – EPE, no período compreendido entre 26 de Abril e 26 de Junho de 2010, com carga horária de 180 horas.

O estágio Módulo I, foi realizado no Serviço de Urgência, no mesmo Hospital no período de 4 de Outubro a 30 de Novembro com a mesma carga horária.

A elaboração deste relatório tem como principal finalidade, resumir todo o processo de aprendizagem realizado num contexto prático e como objectivo servir de memória futura para este percurso.

No decurso de ambos os campos de estágio ocorreram naturalmente situações complexas e imprevistas, que se revelaram uma mais-valia, pelo facto de nos terem proporcionado aquisição de novas competências, aperfeiçoamento de destreza técnica e tomada de decisões adequadas.

A metodologia utilizada é descritiva e faz uma análise reflexiva das actividades desenvolvidas para atingir os objectivos.

## ABSTRACT

The nursing profession has evolved in the last decades and there is a need to respond to the challenges that arise while the goal of the nurse is to acquire knowledge through continuous training and the development of skills and personal competences that will allow autonomy, responsibility, effectiveness and security in decision.

Making and by developing critical and reflected thinking in practice context, looking for a continuous improvement of professional practice so that the patient may be offered quality health care.

This made it necessary to attend the Medical-Surgical Nursing Specialization Course of Health Science Institute, ministered by Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras.

Skills acquisition requires the mobilization of several resources, some of which were acquired during the period of theoretical and theoretical-practical training, making it an essential link between theoretical knowledge and practical skills.

From the true Modules of training integrated in the curricular plan of the course we performed two that were equivalent to Module III (optional).

The training in Module II was performed in Coronary Intensive Care Unit of Hospital São Teotónio in Viseu – EPE in period between the 26<sup>th</sup> April and 26 June 2010 and with a total workload of 180 hours (one hundred and eighty hours).

The Module I training was performed in Emergency Service, at the same Hospital in the period between the 4<sup>th</sup> October and 30<sup>th</sup> November and the same workload hours.

The main purpose of this report is to summarize the whole learning process conducted in a practical context and it is intended to provide future memory for this journey.

When performing both trainings, some unpredictable and complex situations took place but they are considered valuable as they allowed the acquisition of new skills, the improvement of technical skills and the adequate decision taking.

The methodology used is descriptive and it promotes a reflective analysis of the activities in order to achieve the objectives.

## **ABREVIATURAS**

EEM – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE – Entidade Pública Empresarial

HSTV – Hospital São Teotónio de Viseu - EPE

IAFN – International Association of Forensic Nursing

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

RHUE – Rede Hospitalar de Urgência e Emergência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VAD – Via Aérea Difícil

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## **INDICE**

<b>1 – INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 – MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS</b>	<b>10</b>
2.1 – OBJECTIVO GERAL 1	10
2.2 – OBJECTIVO GERAL 2	13
2.3 – OBJECTIVO GERAL 3	15
<b>3 – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	<b>20</b>
3.1 - OBJECTIVO GERAL 1	21
3.2 - OBJECTIVO GERAL 2	24
3.3 - OBJECTIVO GERAL 3	28
<b>4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>34</b>

## **ANEXOS**

Anexo 1 – Protocolo de cateterismo cardíaco

Anexo 2 – Plano da sessão de formação / Formação “Suporte Básico de Vida”

Anexo 3 – Procedimento “Administração de terapêutica na UCIC”

Anexo 4 – Documentos relacionados com o rastreio “Factores de Risco Cardiovasculares”

Anexo 5 – Documentos relativos ao 1º Congresso de Emergência de Viseu

Anexo 6 – Urgências Oftalmológicas: Casuística do Serviço de Urgência - HSTV

Anexo 7 – “Guia Prático de Oftalmologia”

Anexo 8 – Documentos relativos à conferência “Enfermagem Forense”

Anexo 9 – Programa / Plano da sessão de formação

Anexo 10 – Artigo: “Violência Doméstica”

## 1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico de Enfermagem Médico Cirúrgica, integrado no plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no seu plano de avaliação, prevê-se a realização de um relatório de estágio.

O contexto da prática clínica em enfermagem é valorizado pela realização de estágios, que proporcionam ao profissional/aluno adquirir competências e adquirir novas capacidades. Segundo Silva (s.d.) a competência só existe quando é aplicada e a aquisição dessas competências está directamente relacionado com o local da aplicação, não cabe só à escola fornecedora da teoria, mas também ao local de trabalho onde se aplica essa teoria.

O principal objectivo deste relatório é fornecer uma descrição sucinta, organizada e crítica das actividades realizadas durante os estágios, servir de base à auto e hetero reflexão de todo o percurso permitindo uma avaliação do trabalho desenvolvido.

O estágio decorreu, relativamente ao módulo I, no Serviço de Urgência e ao módulo II, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, uma vez que o módulo III (opcional) nos foi creditado com base na nossa experiência em Enfermagem Peri-Operatória no Bloco Operatório Central do Hospital São Teotónio de Viseu-EPE.

O Serviço de Urgência é um local que nos proporciona vastas oportunidades de actuação. A complexidade e a dinâmica aqui vivenciada requerem uma actualização constante de conhecimentos, para se dar resposta às múltiplas expectativas dos doentes e respectivas famílias. As situações de urgência e emergência exigem do profissional de saúde uma avaliação permanente, conhecimentos científicos actualizados e competências que o distinguem na sua área de actuação, razão pela qual uma das temáticas por nós explorada foi uma Conferência direccionada à Enfermagem Forense. Achámos crucial, colaborar nos avanços dos conhecimentos dos enfermeiros acerca das ciências médico-legais, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados perante vítimas de agressão, no sentido de cooperarem com as suas acções, na investigação criminal.

A medicina intensiva é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais. O desenvolvimento de novas intervenções e tecnologias médicas,

resultaram numa constatação crescente de que a enfermagem é imprescindível nos cuidados ao doente internado numa UCI.

No entanto, a prevenção cardiovascular é fundamental, cabendo aos profissionais de saúde identificar os factores de risco. Tivemos oportunidade de colaborar na promoção da saúde, coordenando um rastreio sobre “Factores de Risco Cardiovasculares”, fundamental para avaliar o risco que se corre de vir a ter uma doença cardiovascular.

O presente relatório para melhor explicitação do seu conteúdo, está estruturado em 3 capítulos. O primeiro relativo à introdução, o segundo capítulo com a descrição das actividades desenvolvidas e competências adquiridas para a concretização dos objectivos traçados para os dois estágios. No terceiro capítulo tecem-se algumas considerações finais com uma breve reflexão das actividades desenvolvidas.

A metodologia utilizada é descritiva e baseia-se na observação directa do funcionamento dos serviços, entrevistas informais, reflexão e pesquisa bibliográfica.

Terminado o percurso teórico e prático e após a aquisição do título de Enfermeiro Especialista, pretendemos com apresentação deste relatório obter o grau de Mestre.

## 2 – MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS

Uma Unidade de Cuidados Intensivos é um local qualificado onde é possível, de acordo com os protocolos locais, assumir a responsabilidade pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.

Nestas Unidades, o enfermeiro especialista deve desenvolver na equipa um papel diferenciado, baseando a sua praxis clínica especializada em conhecimentos teórico-práticos em conformidade com a evidência científica. Esta forma de cuidar permite ao enfermeiro especialista gerir adequadamente recursos atendendo às situações e ao contexto, visando sempre a optimização da qualidade dos cuidados. A este respeito, Phipps (2003) refere que o objectivo principal do enfermeiro em cuidados intensivos é prestar cuidados de qualidade a doentes em situação de falência eminente das funções vitais, atendendo especificamente às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do doente como um ser integrado.

Realizámos o estágio no serviço de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) do Hospital São Teotónio de Viseu – EPE, no período de 26 de Abril a 26 de Junho de 2010, no total de 180 horas.

Para tal propusemo-nos atingir os seguintes objectivos.

### 2.1 – OBJECTIVO GERAL 1

Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EEM).

#### Objectivos específicos

- a) Realizar a gestão dos Cuidados na área da EEMC

Gerir pressupõe controlar um conjunto de tarefas que garantam a afectação eficaz de todos os recursos disponibilizados pela organização, no sentido de se atingirem

objectivos pré-determinados. Para Teixeira (2005) gestão é o processo que permite atingir resultados quer sejam bens ou serviços, com esforço conjunto das diversas pessoas que constituem a organização. Segundo este autor, tal processo pressupõe o planeamento, organização, direcção e controlo de todas as actividades realizadas em prol dos objectivos.

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

Transpondo esta temática para a enfermagem, cabe ao enfermeiro, enquanto gestor, a optimização do funcionamento das organizações através da tomada de decisões racionais e fundamentais na recolha e tratamento de dados e informação relevante, como vem documentado nas competências do enfermeiro especialista segundo a OE. Daqui conclui-se que as funções de enfermeiro especialista gestor correspondem ao desenvolvimento dos planos estratégicos eficazes para atingir os objectivos, implementação e coordenação da execução dos planos através de um determinado tipo de comando (liderança) e de controlo.

Sob a supervisão da Enfermeira Chefe, gestora desta Unidade, tivemos oportunidade de colaborar em algumas das suas actividades de gestão, das quais enumeramos as mais relevantes.

**A elaboração dos horários** de trabalho de enfermeiros e assistentes operacionais permitiram-nos reflectir acerca da importância da gestão do potencial humano que é a força motriz das organizações. Compreendemos a importância de realizar um horário não como um número de pessoas escaladas por turno e por dia, mas sim como a distribuição de determinadas pessoas, com saberes pessoais, formas de trabalhar diferentes e pensando ainda num conjunto de interesses a ter em consideração como horários escolares e horários de amamentação. O esforço resultante permitirá o bom funcionamento do local de trabalho associado ao bem-estar do trabalhador.

Foi-nos também possível colaborar e observar formas de **gestão de materiais** e equipamentos elaborando pedidos de stock hoteleiro, clínico e percebermos como são geridos para que existam quantidades mínimas mas suficientes, contando com um stock de segurança. Relevamos ainda a importância dada à rotação de stocks, permitindo

gastar primeiro os produtos mais antigos, respeitando prazos de validade, prática fundamental numa filosofia de segurança dos cuidados.

A **gestão das boas práticas** pode ainda ser incluída no leque de actividades que desenvolvemos em prol da consecução deste objectivo. Houve necessidade de actualizar procedimentos internos do serviço, nomeadamente, o procedimento de cateterismo cardíaco, ao qual foi acrescido uma série de cuidados de enfermagem relativamente ao TRband, (usado na compressão da radial quando o cateterismo é efectuado por via radial). Para tal, foi mandatário o conhecimento que adquirimos junto da enfermeira responsável pela hemodinâmica (anexo 1).

Descrevemos como experiência nova e gratificante a elaboração, com a Enfermeira Chefe de **auditorias à qualidade dos cuidados**. Sobre esta actividade apraz-nos tecer a seguinte reflexão:

Segundo os teóricos, a auditoria é um processo sistemático, independente e documentado para obter evidências e respectiva avaliação objectiva com vista a determinar em que medida os critérios da auditoria são satisfeitos. Especificamente, Imperatori (1996) define auditorias como sendo os exames sistemáticos e independentes do desempenho e decisões do pessoal com vista a determinar se as actividades e resultados relativos à qualidade satisfazem as disposições de um programa, contrato, produto ou serviço.

O mesmo autor defende que a existência de um clima organizacional onde os profissionais sintam estímulos para um trabalho eficaz e em que não haja a conotação negativa/punitiva do erro observado pela auditoria, a par com um gestor colaborante no sentido de implementar as correcções dessas mesmas auditorias, trará, como resultado, a qualidade do sistema de saúde.

De acordo com os teóricos, para realizar uma auditoria, um auditor deverá ter competência baseada em atributos pessoais e capacidades demonstradas de aplicar conhecimentos e de saber fazer. Segundo Imperatori (1996) é também responsabilidade dos auditores documentar as observações efectuadas e relatar as conclusões.

Neste particular, em nossa opinião, as auditorias não são bem aceites pela maioria dos enfermeiros, existindo uma conotação negativa em torno das auditorias. Os auditores são vistos como estranhos que procuram o erro e perturbam o desempenho, ao invés de serem vistas como importantes instrumentos para prevenir riscos e melhorar a qualidade dos nossos serviços. Talvez um acréscimo na comunicação efectiva nas organizações, em que os profissionais se sentissem envolvidos num processo de melhoria contínua,

fosse o ponto de partida para que as auditorias passassem a ser entendidas não como algo punitivo, mas como formas de melhoria para elevar a prestação de cuidados.

Tentando desmistificar esse mesmo preconceito, foram deixadas sugestões de melhoria como resolução aos aspectos críticos pontuais observados. A comunicação eficaz e envolvimento dos colaboradores permitem certamente apontar um caminho de melhoria. Com a realização destas actividades pudemos adquirir competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, avaliámos a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado e planeamos programas de melhoria contínua.

## 2.2 - OBJECTIVO GERAL 2

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

### Objectivos específicos

- a) Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;

Na nossa forma de ser e estar enquanto enfermeiros sugeriu-nos uma **reflexão**. Como enfermeiros, devemos reunir todos os meios possíveis ao nosso alcance, para promover o bem-estar do doente, trabalhando no sentido da excelência.

Deodato (2004) propõe que o enfermeiro deva assumir uma relação autêntica, verdadeira e de ajuda com o utente, através da competência pessoal e profissional para que possa alcançar a excelência. No entanto refere a necessidade de aquele ser capaz de ser auto-crítico acerca do trabalho que desenvolve, identificando o trabalho válido mas também as falhas a corrigir.

Outra forma de procurar a excelência, nos termos da alínea b) do artigo 88 do Código Deontológico é “adequar as normas da qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas”. O mesmo artigo alínea c) diz-nos que a procura da excelência do exercício pelo enfermeiro implica também, o desenvolvimento das suas

competências profissionais, quer ao nível científico e técnico, quer ao nível humano e relacional.

Para desempenharmos cuidados com qualidade e competência é necessário “saber fazer, saber estar e saber ser”. No entanto, um dos aspectos importantes que o doente valoriza é a comunicação, o doente sente falta de comunicar, de relatar a sua história, o que lhe sucedeu para estar ali, numa cama, numa UCIC. A comunicação, o saber escutar também faz parte de essência do cuidar, onde o saber estar e o saber ser é talvez mais valorizado do que o saber fazer.

O cuidado é algo inerente ao ser humano. Cuidamos e somos cuidados desde que nascemos, exemplo disso é o cuidado materno, as mães que cuidam dos filhos ao longo da vida.

A enfermagem é uma profissão que prima pelo cuidado aos doentes e nenhuma profissão é mais cuidadora do que esta. Watson (2002, p:96), define enfermagem “como uma ciência humana de pessoas e de saúde humana – experiências de doença que são medidas pelas transacções humanas do cuidar profissional, pessoal, científico, estético e ético”.

Preocupámo-nos em “**bem cuidar**” para que os doentes com os quais nos envolvemos disponham de bem-estar e qualidade de vida. Cumpre-nos saber quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento, temos que responder às suas necessidades e quais os nossos próprios poderes e limitações, (Watson, 2002). Assim, cuidar é uma arte complexa. Para que este cuidar seja uma arte terapêutica temos que combinar elementos de conhecimento, de destreza e intuição para podermos ajudar a pessoa com quem interagimos num processo de saúde/doença.

O cuidado prestado pela enfermagem é de extrema importância para o bom funcionamento desta unidade. Não se restringindo à utilização de equipamentos, monitores, procedimentos altamente invasivos e orientações, mas evocando mais a comunicação e a escuta activa, com esclarecimentos de dúvidas ou, simplesmente escutar o doente ou família.

Um pormenor importante prende-se com o respeito, implícito no cuidado ao doente que se vê com o seu corpo exposto, por razões de segurança dos cuidados.

Ao cuidarmos do doente, tocamos-lhe no corpo, muitas vezes, sem autorização implícita ou explícita, como acontece nas UCI. O corpo é objecto de cuidados entre o enfermeiro e o doente. É fundamental reconhecer a privacidade como um direito básico do doente.

Durante o estágio **zelámos para preservar privacidade** do doente (tendo o cuidado de ter o doente resguardado com o lençol) e protecção dos direitos humanos.

Virgínia Henderson, valoriza a privacidade considerando-a um dos mais importantes pilares para o desenvolvimento de uma saúde positiva. Na sua teoria, ao identificar as 14 Necessidades Humanas Básicas, comuns a todo o ser humano, em todas elas a privacidade é contemplada podendo interferir na sua satisfação.

Outra questão que nos impôs um olhar mais atento foi a importância da informatização dos registos. Não temos dúvidas, que o futuro da enfermagem passa pela informatização crescente de todas as ferramentas indispensáveis à profissão, constituindo assim um sistema de informação proficiente.

Segundo Marin (1995, pag.9), “ a prática da informática em enfermagem inclui o desenvolvimento e avaliação de aplicativos, ferramentas, processos e estruturas que apoiam o enfermeiro na prática da profissão.”

A história do doente fica registada na íntegra numa base de dados constituindo um poderoso meio de comunicação e de formação no sentido de facilitar o trabalho, torná-lo mais eficiente e deixando mais tempo disponível para o cuidado ao doente. Ainda na opinião de Marin (1995), a aprendizagem dos enfermeiros na área de informática permite-lhes desenvolver e implementar os seus sistemas de informação no sector da saúde. Esta competência advém de serem eles próprios os detentores da informação que precisam para agir com eficiência na prestação da assistência ao paciente. A Enfermagem cresce enquanto ciência e os Enfermeiros aperfeiçoam a Arte que é o Cuidar.

Desenvolvemos competências de modo a zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização indo de encontro às necessidades dos doentes, contribuindo na promoção à protecção dos direitos humanos.

### 2.3 – OBJECTIVO GERAL 3

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

### Objectivos específicos

a ) Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros

A formação de base desde sempre garantiu o exercício da actividade de Enfermagem com alguma segurança e competência. Esta não é certamente suficiente para responder aos desafios que se levantam no quotidiano dos enfermeiros e da constante evolução que hoje se verifica a nível científico e tecnológico. No entanto, os profissionais de enfermagem apresentam uma adesão valiosa à formação nos mais diferentes contextos. A procura da formação contínua na Enfermagem tem assumido já ao longo de vários anos um papel primordial, (Pereira, 1994).

A formação em serviço permite manter uma dinâmica de projectos profissionais onde os enfermeiros poderão explanar toda a sua criatividade na concepção e organização de técnicas e métodos de trabalho.

De acordo com o plano anual de **formação em serviço**, achámos pertinente com o avale da enfermeira chefe e do enfermeiro tutor abordar o tema “Suporte Básico de Vida”.

Assistimos ao primeiro tema da formação em serviço “Eléctrofisiologia Cardíaca” apresentado por cardiologistas da equipa.

Consideramos que a formação foi bastante profícua tanto na dimensão pessoal como profissional. Adquirimos conhecimentos úteis para uma melhor percepção e compreensão da hemodinâmica cardíaca.

O segundo tema “Suporte Básico de Vida”, apresentado por nós em parceria com um enfermeiro do serviço, permitindo um enriquecimento para todos profissionais (anexo 2).

A formação em contexto de trabalho em enfermagem tem um papel complementar importante na aquisição e desenvolvimento de competências profissionais, a par da formação de base.

A verdade é que a referência ao conceito de competência é uma constante no discurso sobre a formação profissional dos enfermeiros.

Todos os passos no tratamento do doente podem envolver a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança do mesmo. Os erros de medicação surgem de erros humanos e/ou falhas do sistema. Os tipos de erros mais frequentes são erros de omissão, medicação não autorizada e dosagem imprópria. Após uma reflexão e uma análise em relação à administração de medicação detectou-se que existiam algumas falhas, houve

necessidade de rever e projectar uma solução viável com objectivos esperados para solucionar o problema.

O objectivo era **uniformizar um procedimento** de forma a protocolar as acções de enfermagem e garantir uma maior segurança na administração da terapêutica. No sentido de normalizar procedimentos, existe um conjunto de actividades que são definidas em protocolos estabelecidos entre os diferentes grupos profissionais que exercem funções na unidade.

No dia 28 de Abril de 2010 elaborámos em conjunto com outros colegas da especialidade e Enfermeira Chefe um procedimento de actuação “Administração de terapêutica na UCIC” (anexo 3).

Estas actividades permitiram-nos um crescimento quer a nível pessoal quer a nível profissional e deixaram-nos a nítida convicção de que é fundamental a adopção de protocolos para uniformizar procedimentos, no sentido de evitar o erro.

- b) Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

Sendo Maio o mês do coração, no dia 17 de Maio **coordenámos o rastreio “Factores de Risco Cardiovasculares”** realizado no átrio do Hospital, com a colaboração da UCIC, serviço de Cardiologia e Pneumologia.

De uma pesquisa bibliográfica sobre a temática conclui-se que rastreio por definição é um processo de selecção, dirigida a indivíduos assintomáticos, com o objectivo de, através de diagnóstico precoce melhorar o prognóstico da doença em causa, reduzindo a mortalidade. Imperatori (1999), define rastreio como um processo que através de testes simples e de fácil aplicação, permite a detecção precoce de doenças, deficiências ou factores de risco desconhecidos.

O conceito factor de risco cardiovascular refere-se à característica associada ao risco ou probabilidade de ocasionar uma doença no coração ou nas artérias e veias. Potter (1996, p:42) define factor de risco:

*“é qualquer situação, hábito, condição ambiental, ou fisiológica ou outra variável que aumente a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo, quanto à doença ou a um estado não saudável (por exemplo, história familiar de doença cardíaca) (...) a identificação dos factores de risco é importantes também as actividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças, que são baseadas frequentemente na redução ou eliminação destes factores...”*

Na prática, o termo é mais usado nas situações envolvidas na progressão da aterosclerose e determinação dos factores responsáveis por um enfarte agudo do miocárdio.

Tone e Tilford citado por Carvalho (2006) afirmam que a educação para a saúde é toda a actividade relacionada com a saúde e doença, conduzindo a mudanças do conhecimento, podendo influenciar ou clarificar valores, proporcionar alteração de atitudes, mudanças de comportamentos e estilos de vida.

Para a execução do rastreio efectuaram-se uma série de procedimentos. Escrevemos uma nota de serviço ao Presidente do Conselho de Administração a pedir a autorização para a sua realização. Organizámos toda a logística necessária ao rastreio com a colaboração do responsável pelas relações públicas do Hospital.

O rastreio envolveu a colaboração de dois Enfermeiros, Enfermeira Chefe da UCIC duas alunas de Enfermagem e um Técnico da Pneumologia. Teve como objectivo a avaliação do colesterol total, glicemia, medição da pressão arterial, medição do peso e altura para calcular o índice de massa corporal e o ensino adequado a cada pessoa. Durante o rastreio foi passando um **filme** por nós realizado sobre o mesmo tema (anexo4).

A avaliação deste evento foi positiva, com a participação de uma população diversificada. Participaram no rastreio 90 utentes, dos 19 aos 88 anos, com a idade média de 56,21 anos. O valor mínimo de colesterol foi abaixo de 150mg/dl e o mais elevado de 275mg/dl, respectivamente à glicemia constatou-se que o valor mais baixo foi de 63mg/dl e o mais alto 220mg/dl. Em relação à pressão arterial, verificou-se que a média da pressão arterial sistólica é de 136,28 mmHg e da diastólica 76,34 mmHg.

Analisando as tabelas referentes aos dados do rastreio, constatamos que segundo a classificação da Fundação de Cardiologia, o número de hipertensos é elevado, problema que potencia a principal causa de morte em Portugal – as doenças cardiovasculares (anexo 4).

No entanto, iniciar actividades deste género, implica conhecer a sua natureza, âmbito e alcance, para que estas sejam profícuas.

Analisando esta actividade, concluímos que, foi para nós muito gratificante, permitindo detectar problemas encaminhar as pessoas para os médicos de família e incentivarem à vigilância dos parâmetros identificados como um problema.

De tal forma foi positiva que no último dia do mês de Maio por iniciativa pessoal foi possível replicar o rastreio na nossa aldeia, com a colaboração de dois Enfermeiros, abrangendo 100 pessoas.

Sabemos que a prevenção de factores de risco é possível e pode ser eficiente através destas estratégias preventivas que podem reduzir a incidência de doença cardiovascular.

A necessidade de completar o **ensino efectuado ao indivíduo** conduziu-nos à utilização de informação escrita sob a forma de um **panfleto** (Anexo 4). Este instrumento de ensino é vantajoso na medida em que orienta, motiva e responsabiliza.

### **3 – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA**

A Direcção Geral de Saúde (2001), define Urgências como “...todas as situações de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de funções vitais” e Emergências como sendo “...todas as situações clínicas de estabelecimento súbito em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”.

Não obstante, a especificidade destes locais de atendimento, o número de utentes observados na urgência tem vindo aumentar nos últimos anos por várias razões, entre elas as dificuldades na atribuição de um médico de família. Assim, os serviços de Urgência prestam cuidados a milhões de pessoas por ano, sendo para muitas pessoas o único local que procuram para obtenção de cuidados de saúde.

Na urgência, os cuidados de enfermagem revestem-se de um papel fundamental e remontam à época Florence Nightingale. Definem-se como a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades que apresentam alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções, (Sheehy’s, 2001).

O exercício da enfermagem centra-se na relação inter-pessoal entre o enfermeiro e o doente que procura estes serviços. Fernandes (2010) refere por isso que a preparação adequada dos profissionais de saúde constitui um importante instrumento para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados na urgência.

Uma das características inerentes à Urgência é o trabalho em equipa, base fundamental para a qualidade dos cuidados. Sheehy’s (2001) refere que os resultados dos cuidados prestados são influenciados pelo esforço da equipa no serviço.

Realizámos o estágio Módulo I, num total de 180 horas, no Serviço de Urgência Geral do Hospital São Teotónio de Viseu – EPE, de 4 de Outubro a 30 de Novembro de 2010. Em 2001 a Rede Hospitalar de Urgência e Emergência (RHUE) classificou este hospital como um serviço de Urgência Polivalente.

Descrevemos de seguida os objectivos que nos propusemos atingir.

### 3.1 OBJECTIVO GERAL 1

Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EEM).

#### Objectivos específicos

- a) Realizar a gestão dos Cuidados na área da EEMC

A Triagem de Manchester corresponde a uma metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997 e amplamente divulgada no Reino Unido, estando em curso a sua aplicação noutros países. O seu objectivo é fazer selecção de prioridades, ou seja identificar critérios de gravidade de forma objectiva e sistematizada que indiquem a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo.

O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o respectivo fluxograma. Na globalidade, existem 54 decisões que abrangem todas as situações previsíveis. O fluxograma contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada, os chamados “discriminadores”. Perante a identificação do discriminador relevante determina-se a prioridade clínica e atribui-se a respectiva cor de identificação (Grupo de trabalho de Urgências, 2004).

De acordo com a situação do doente, ao qual foi atribuída uma cor, corresponde um tempo máximo de espera previamente definido:

- ❖ Emergente = Vermelho = 0 minutos
- ❖ Muito urgente = Laranja = 10 minutos
- ❖ Urgente = Amarelo = 60 minutos
- ❖ Pouco urgente = Verde = 120 minutos
- ❖ Não urgente = Azul = 240 minutos

De um modo geral, o Sistema de Triagem de Manchester detecta eficazmente os casos graves que necessitam de atendimento emergente/urgente.

Ao termos oportunidade de efectuar o processo de triagem, compreendemos como a tomada de decisão é parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem.

Avaliação clínica de um doente requer tanto raciocínio como intuição e ambos devem basear-se nos conhecimentos e aptidões profissionais. Do efeito desta actividade resume-se a detecção precoce de situações verdadeiramente urgentes e o seu tratamento atempado.

Detalhadamente, pode também dizer-se que a triagem de doentes num serviço de urgência compreende vários objectivos: avaliar o doente logo à chegada, obter um breve relato acerca da queixa actual e dos dados objectivos, realizar breve avaliação física e estabelecer prioridades de atendimento.

Após o doente ter feito a inscrição, os dados são introduzidos na base de dados do programa informático de gestão de doentes do serviço de urgência, denominado ALERT<sup>®</sup> que se encontra articulado com o processo de triagem de Manchester.

Tivemos oportunidade de aprofundar conhecimentos acerca deste programa que permite registar todas as intervenções realizadas e manter activo o registo histórico de vindas à urgência. Desta experiência fica-nos a convicção de que a dotação de terminais em todas as valências da urgência se torna numa mais-valia para os profissionais, possibilitando-lhes uma **gestão de cuidados** de forma mais eficaz.

Para aceder a este software é necessário introduzir código de acesso, disponível apenas para os profissionais diferenciados, o que garante a segurança dos cuidados e a possível identificação de cada interveniente no processo de cuidados do doente, responsabilizando-o como tal.

Esta actividade permitiu-nos adquirir competências na utilização do sistema, aceder e determinar a necessidade de cuidados do doente a cada momento, monitorizar a chegada de resultados de exames complementares de diagnóstico. Permite, enfim, ter uma visualização geral dos doentes que se encontram no serviço de urgência, dos que foram observados e os que ainda requerem um atendimento. Conclui-se assim que este sistema facilita a passagem do doente pelo serviço de urgência, uma vez que o tempo de espera pode ser reduzido, melhorando os cuidados prestados.

- b) Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.

O êxito dos cuidados em situação de traumatismo depende do nível de preparação do serviço de urgência e do pessoal. Os cuidados ao doente crítico ou trauma começam

com a avaliação inicial, na qual de forma organizada se efectua a avaliação das vias aéreas, da respiração, da circulação e da função neurológica, (Sheehy's, 2001).

Participámos na recepção do doente emergente procurando obter toda a informação da VMER, Bombeiros ou família. Aprofundámos competências no **acolhimento do doente crítico** na sala de emergência realizando avaliação primária e secundária.

Os cuidados numa situação de emergência exigem rapidez, conhecimento científico e habilidade técnica e o saber estar por parte dos prestadores de cuidados. A competência e a coordenação entre a equipa, associados à estrutura física e os meios disponíveis, contribuem para a qualidade do atendimento.

Quando o doente é recebido na sala de emergência, é fundamental determinar de imediato a extensão da lesão e estabelecer prioridades para as intervenções que se planearem. O enfermeiro deve manter uma postura vigilante e crítica para a individualidade global do doente, ou seja para o problema total do doente e não para a mera soma das partes do corpo que o constitui. É fundamental que se preste assistência ao doente, visualizando-o por um prisma holístico, (Figueiredo, 2006).

Tivemos oportunidade de **acompanhar o doente crítico** da sala de reanimação à Imagiologia para realização de exames complementares de diagnóstico, onde realizou uma TAC. Aproveitámos este momento para, sob um prisma holístico, cuidar não só das suas lesões e preocuparmo-nos com toda a monitorização de parâmetros vitais que a situação requeria, mas também em encarar aquele doente como uma pessoa, objecto de cuidados mas com uma história de vida, uma família e uma panóplia de emoções que era necessário não esquecer em cada gesto de cuidados que efectuámos.

É importante salientar a opinião de Rocha e Dias (1996), em relação a atitude do enfermeiro, quer moral ou profissional, é um «todo» que o doente, num momento tão crítico da sua vida, assimila e de que se «alimenta» para a sua recuperação.

Uma vez que o serviço de urgência tem implementado um sistema de emergência interna para dar apoio a situações de emergência nos serviços e unidades do hospital, tivemos oportunidade de actuar nesta valência, numa situação de paragem cardio respiratória que ocorreu no serviço de medicina. Nesta situação de emergência houve necessidade de organizar em reduzido espaço de tempo, meios técnicos, físicos e humanos, de modo a responder prontamente e sem atrasos procurando estabelecer as funções vitais do doente.

Apesar deste episódio não se ter revestido de êxito, resultando em morte para o doente, foi para nós uma experiência enriquecedora pela oportunidade de actuar com a restante equipa em manobras de suporte básico de vida durante trinta minutos. Tal experiência exigiu que se reflectisse profundamente acerca desta intervenção.

Dado o avanço da ciência, é possível actualmente recuperar vítimas de PCR para a vida activa. Ao serem assegurados os procedimentos adequados e em tempo oportuno, podemos recuperar uma vida comparável à que o doente tinha antes do episódio de PCR. O sucesso de uma reanimação assenta fundamentalmente num trabalho coordenado e de equipa, com vários intervenientes, e não de desempenhos individuais, (Batuca, 2005).

É da qualidade dos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros do serviço de urgência que dependem muitas vidas, especificamente nas situações de emergência, com prestação directa e imediata de cuidados ao doente em risco, nomeadamente em paragem cardiorespiratória. No entanto estes profissionais de saúde deparam-se muitas vezes com a necessidade de agir e tomar decisões com responsabilidade e eficácia, sem no entanto abdicar da qualidade da sua assistência. Mesmo perante a angústia, desgaste, e frustração (sentimento de impotência), perante o insucesso, resultante da especificidade da prática neste serviço, aos enfermeiros da urgência é exigida competência técnica e relacional.

As actividades nas quais participámos, envolvendo assistência inadiável, permitiram-nos adquirir competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, adquirindo habilidades para responder em tempo útil e de forma holística. Afinal a delicadeza dos cuidados é compatível com técnicas invasivas e procedimentos altamente complexos, (Hesbeen, 2000).

### 3.2 – OBJECTIVO GERAL 2

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

### Objectivos específicos

- a) Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;

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

Temos consciência que a especificidade do serviço de urgência faz com que a nossa prática seja diferente de um serviço de internamento. No serviço de urgência, na maioria das vezes, a necessidade de actuar rapidamente, o elevado número de doentes admitidos, a perspectiva de internamento, geralmente inesperado e o próprio espaço físico estranho e hostil, são factores condicionantes da relação de ajuda, limitando-nos a actuar com técnicas especializadas que tratam “uma parte” de um todo que está afectada, seguindo o Modelo Biomédico.

Uma das áreas do serviço de urgência que nos parece mais preocupante no atendimento e na prestação de cuidados é a área da “sala aberta”, um espaço frequentemente cheio de macas, sem privacidade e pouco seguro, permanecem por vezes largas horas à espera dos resultados de exames e decisão final do médico. Entre estes doentes encontramos os doentes em fase terminal cuja permanência no serviço de urgência tem vindo a ser cada vez mais elevada. A dificuldade do enfermeiro da urgência para lidar com estas situações e estabelecer uma relação de ajuda eficaz, torna esta etapa da vida penosa e solitária.

Doentes em fase terminal já em estado agónico, deveriam estar num local calmo e com privacidade, embora não seja muito fácil neste serviço, merecem uma maior atenção e cuidado. A tentativa de lhe oferecer uns cuidados paliativos nos últimos momentos de vida de forma mais sossegada e de preferência junto da família é sempre de louvar e está contemplada na legislação.

A lei nº33/2009 de 14 de Julho reconhece o direito de os doentes admitidos no serviço de urgência, serem acompanhados por uma pessoa por si indicada. O serviço ainda não reúne condições para que todos os doentes tenham acompanhante. A direcção do serviço juntamente com o departamento jurídico, publicaram uma norma interna, divulgada em panfleto, reconhecendo o direito ao acompanhante e a possibilidade deste colidir com a qualidade dos cuidados prestados. A avaliação da necessidade do

acompanhante é então efectuada pelo enfermeiro que se encontra na triagem, o que exige da parte deste, destreza e sensibilidade.

A falta de vigilância da sala aberta é notória uma vez que nenhum profissional consegue ter uma visão directa sobre estes doentes, a partir da área onde se encontram a prestar os cuidados. A reestruturação deste espaço seria a solução, a qualidade dos cuidados é necessária e deve ser um compromisso de uma instituição, não sendo possível, a distribuição de um enfermeiro por turno nesta sala seria uma mais-valia.

Por vezes, os profissionais prestam ajuda, confinada ao fazer e não dirigida “à pessoa”, ocultando o seu verdadeiro sofrimento, preocupações, problemas, todos eles inerentes à sua singularidade complexa do seu contexto.

Phaneuf (2005) refere que o enfermeiro deve solicitar a ajuda do doente, envolvê-lo no planeamento dos cuidados, explicando os objectivos dos seus cuidados.

Na perspectiva da qualidade, é importante o papel activo do doente quer no seu próprio processo de saúde nas suas escolhas e decisões, quer como interveniente participativo na avaliação da qualidade dos cuidados.

Segundo Anjos (1998), nos cuidados de enfermagem existem dois aspectos complementares, por um lado as actividades por outro lado as atitudes e os sentimentos. As actividades só podem ser consideradas cuidados, pela forma como são realizadas, sendo as atitudes, as emoções e os sentimentos que influenciam essa realização e que as transforma ou não em verdadeiros cuidados. Salaria a autora, que o cuidar em enfermagem só é possível quando a enfermeira é capaz de partilhar, a experiência daquele que está ao seu cuidado.

Na perspectiva de Hesbeen (2001,p.68),

*“a qualidade dos cuidados é fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida. Da qualidade que desejam, ou seja, do profundo desejo de cuidar dos outros para além dos actos que executem. Da riqueza do olhar e da sua motivação para a qualidade.” Acrescenta o autor que, esta implica “a reflexão pessoal sobre a evolução das nossas atitudes e comportamentos (...). Da progressão de ser que cuida, que se interroga, que evolui, que tem as suas tendências, que se questiona e que se reajusta”.*

É fundamental na relação de ajuda a comunicação, que segundo Phaneuf (2005), se assemelha a um jardim que, para florir tem necessidade de calor e nutrientes. “A fim de eclodir e desabrochar, a comunicação tem necessidade de calor humano da enfermeira, do seu sorriso, da sua disponibilidade e do seu interesse pela pessoa cuidada” (p.153).

Outros aspectos imprescindíveis à relação de ajuda são: o respeito, a empatia e a confiança. A confiança e o respeito são duas características comuns e que estão relacionadas. Confiar em alguém dá-nos conforto, transmite-nos segurança. Esta é uma necessidade inata ao ser humano, que Maslow citado por Chiavenato (1997) considera a segunda necessidade fundamental a ser satisfeita.

Sabendo que o cuidar em enfermagem é um cuidar holístico, em que o doente é visto com um todo, num contexto relacional com a família e a própria sociedade onde está inserido, compreende-se a opinião de Lazure (1994) que afirma que a prática da relação de ajuda possibilita ao enfermeiro acompanhar o doente e família ao longo do seu processo de saúde/doença.

Reflectindo sobre a nossa prática, e tendo em conta esta revisão apoiada em diferentes autores, concluímos que é imprescindível o papel dos enfermeiros na relação de ajuda, por vários motivos. Primeiro, como elo de ligação entre o doente e a equipa de saúde na procura de ajuda para a satisfação das suas necessidades, expressas ou implícitas; depois envolvendo os familiares, na procura de soluções para os problemas identificados e para atenuar o impacto negativo das situações que geram medo angústia, ansiedade, fragilidade, perdas. O seu papel é determinante para a continuidade de cuidados orientando adequadamente o doente e família para outros técnicos ou serviços.

De acordo com os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizados e definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001,p.41),

*“ o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distingue-se dois tipos de intervenção de enfermagem. Intervenções interdependentes (iniciadas por prescrição de outros técnicos) e intervenções autónomas (iniciadas pela prescrição e responsabilidade do enfermeiro). Relativamente à intervenções de enfermagem iniciadas pela prescrição de outro técnico de equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções autónomas, o enfermeiro assume a total responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção”.*

Cuidar num serviço de urgência, na perspectiva de Alminhas (2007), é muito mais do que saber usar conhecimentos científicos, é estabelecer uma relação de confiança, é escutar é acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente, a sua dignidade e privacidade.

Uma reflexão sobre a forma como nós estamos e somos na profissão é um imperativo para a evolução e afirmação da enfermagem. Só teremos frutos se todos os enfermeiros acreditarem na capacidade de mudança.

Como marco para a mudança, enfatiza-se a reflexão e avaliação dos nossos cuidados, e das interrelações que estabelecemos, visando que só é possível prestar cuidados de qualidade centrados na humanização e fundamentados no desenvolvimento contínuo e na aplicação dos saberes.

### 3.3 – OBJECTIVO GERAL 3

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

#### Objectivos específicos

a ) Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros

A importância do manuseamento e resolução de problemas na abordagem da via aérea tem vindo a ser cada vez mais destacada. Considera-se, pois uma via aérea difícil (VAD) aquela em que não é conseguida ventilação e/ou intubação orotraqueal por um profissional experiente. A manipulação inadequada da via aérea é responsável por 30% das mortes de causa eminentemente anestésica.

Na abordagem de qualquer doente, deverá ser feita uma avaliação prévia da via aérea para tentar identificar uma VAD, podendo, para tal, haver necessidade de recorrer a vários tipos de dispositivos supraglóticos.

O enfermeiro como prestador directo de cuidados e estando muitas vezes na linha da frente na identificação destas situações, tem um papel fundamental nesta tarefa diagnóstica.

Na abordagem da VAD, o enfermeiro deve ser conhecedor de diversas matérias que lhe permitam uma actuação rápida, eficaz e com qualidade, trabalhando de forma autónoma ou em parceria com mais profissionais.

Considerámos pertinente a participação no **“1º Congresso de Emergência de Viseu”** realizado nos dias 14,15 e 16 de Outubro. Para tal, foi produzido um **poster** alusivo à **“VIA AÉREA DIFÍCIL”**, temática constante do programa (anexo 5).

A **formação em serviço** é fundamental para o desenvolvimento de competências e enriquecimento teórico-prático. Nesta perspectiva deve emergir a criatividade, o pensamento crítico e o rigor. Só assim, o enfermeiro poderá dar prossecução a uma prática de cuidados de qualidade e de aperfeiçoar em crescendo o seu profissionalismo.

Na mesma perspectiva, Gomes (1999) refere que a formação em serviço permite ao formando uma reflexão sobre o observado e o vivido, o que leva à construção activa do conhecimento na acção, pode ser vista como alavanca para o aperfeiçoamento do exercício profissional contribuindo para a actualização dos conhecimentos e técnicas.

É no serviço, e ainda parafraseando Gomes (1999), que os enfermeiros têm que desenvolver a capacidade de descobrir as necessidades de saúde através da metodologia de investigação e aplicar os resultados na prática, ponderar no peso semântico da expressão - cuidados de enfermagem.

Uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista, pelo Decreto-Lei 437/98 de 8 de Novembro, no artigo 7º é a formação em serviço do pessoal de enfermagem bem como de outro pessoal da unidade de cuidados. Por isso, o enfermeiro deve colaborar nos projectos de formação realizados no estabelecimento ou serviço, contribuir ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem visando enriquecer a qualidade da prestação de cuidados.

Desta reflexão ressaltou-nos a necessidade de podermos inovar, saindo da rotina.

Após uma **análise da casuística** do número de doentes que deram entrada no serviço de urgência com problemas oftalmológicos, (anexo 6) achámos pertinente, a elaboração de um **“Guia Prático de Oftalmologia”** (anexo 7). Este ficou no Serviço de Urgência ao dispor de todos os enfermeiros para melhorar e orientar os cuidados aos doentes com problemas oftalmológicos como presença de corpo estranho na córnea, ou na conjuntiva, olho vermelho, dor, traumatismos entre outros.

- a) Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

A Enfermagem Forense é a aplicação dos conhecimentos científicos e técnicos da Enfermagem, a casos clínicos considerados forenses. Pressupõe um cruzamento entre o sistema de saúde e o sistema legal, (IAFN, 2006).

A Enfermagem Forense é um novo domínio da prática de Enfermagem, que ainda permanece desconhecido entre nós, apesar de muitos profissionais trabalharem com situações clínicas com possíveis ligações ao mundo forense e às questões médico-legais. Havendo uma necessidade social de uma maior divulgação desta área e de adequada preparação por parte dos profissionais de saúde, a enfermagem forense tem vindo a ganhar reconhecimento, de forma gradual.

Identificámos uma área sensível, que seria pertinente divulgar, relacionada com enfermagem forense. Esta necessidade formativa advém da falta de preparação dos enfermeiros para lidarem com inúmeras situações que ocorrem à urgência.

Actualmente, os serviços de urgência são o palco que acolhe diversas situações relacionadas com a agressão e a violência. Como elementos activos de uma equipa multidisciplinar de saúde, os enfermeiros são, muitas vezes, o primeiro profissional com quem as vítimas e os agressores se deparam quando se dirigem a uma instituição hospitalar.

Neste contexto, Silva (2010,p.17) citando Vales da Silva salienta que *“os profissionais dos serviços de urgência, por serem as típicas profissões não forenses que se podem depara-se com vítimas de agressões sexuais, devem estar sensibilizados para saber quando deverão tratar a vítima de forma a respeitar simultaneamente os seus códigos deontológicos, os princípios médico-legais e ainda a preservação de vestígios”*.

Os vestígios são fundamentais ao sucesso de uma investigação criminal, se a recolha e preservação for devidamente acautelada, o papel do enfermeiro pode ser a chave para chegar a um qualquer suspeito.

Os que menosprezam a ligação entre a enfermagem e o mundo forense poderão argumentar que as ciências médico-legais nada têm a ver com a profissão, e que os casos forenses apenas dizem respeito às forças policiais, elementos judiciais, técnicos e médicos dos gabinetes e institutos médico-legais.

No entanto, ressalva-se que a própria Ordem dos Enfermeiros preconiza, no Código Deontológico do Enfermeiro, nos Artigos 78.º, 79.º, 80º, 81º e 82º, que as intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem assegurar, na sua relação profissional, a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, a excelência do exercício e a competência profissional (OE, 2009).

Nesta parceria da enfermagem, com a investigação científica poder-se-á inter-agir de forma mais proficiente no tratamento dos traumas, no da vivência da morte, nos cuidados paliativos, no da violência ou na “actividade criminosa”, tanto no âmbito da comunidade clínica como institucional.

Neste âmbito, no dia 30 de Novembro, no auditório do Hospital São Teotónio de Viseu, com o consentimento do Conselho de Administração, (anexo 8), organizámos uma **conferência** subordinada ao tema “**Enfermagem Forense**”, onde foram convidados, uma Enfermeira da pós-graduação em Enfermagem Forense e um Enfermeiro Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses, (anexo 8).

Nesta perspectiva desenvolveu-se o tema “Enfermagem Forense: uma especialidade a conhecer” e ainda se apresentou “Preservação de Vestígios no Serviço de Urgência”, dirigida a todos os profissionais de saúde do hospital e com o objectivo de adquirirem conhecimentos e competências teórico-práticas sobre aplicação das ciências forenses na produção de provas materiais que poderão ser utilizadas em investigação criminal.

Achámos pertinente a realização de um **cartaz** para divulgação do evento, (anexo 8) distribuído um em cada serviço, assim como a publicação em Boletim Informativo do dia 25 de Novembro, (anexo 8).

No dia da conferência foi distribuído por cada participante um dossier e um **panfleto** com o programa, (anexo 9).

#### 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findo este percurso em que nos foi possível concretizar um leque de experiências para a aplicação dos nossos conhecimentos teóricos, conseguimos, em concreto, desenvolver várias aptidões e adquirir inúmeras competências inerentes ao enfermeiro especialista permitindo-nos, de igual modo, reflectir sobre atitudes e acções de foro profissional que constituem, no nosso entender, mais -valias importantes.

Na Unidade Cuidados Intensivos, o Enfermeiro tem uma identidade própria marcada pela sua representação social que tem vindo a construir, põe em prática o que resulta da articulação de um vasto leque de competências relativas a diferentes dimensões que permite dar respostas às várias exigências com que se depara.

Consideramos que a enfermagem de urgência exige do enfermeiro conhecimentos científicos e teórico-práticos que devem ser continuamente actualizados. Por outro lado, como actor social que é, deve procurar desenvolver capacidades psíquicas e relacionais, a par das holísticas, para poder responder às variadas situações dos doentes, num serviço que se caracteriza por um elevado grau de exigência.

No âmbito da gestão dos cuidados na área da EEMC colaborámos na actualização de procedimentos internos do serviço, na elaboração de horários de trabalho, gestão de materiais e participámos em auditorias à qualidade dos serviços garantindo a segurança e a qualidade.

Relativamente ao cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, adquirimos competências através da execução de cuidados diferenciados em situações emergentes, que exigiram rapidez, conhecimento científico e habilidade técnica.

Adquirimos um nível de conhecimento na área da especialização através dos cuidados que prestámos ao doente cardíaco. Demonstrámos conhecimentos e habilidades em SAV, numa situação de paragem cardiorespiratória.

Reflectindo sobre a nossa prática, desenvolvemos iniciativas com o objectivo de alterar comportamentos e promovemos o respeito do doente à privacidade. Há uma necessidade de realçar a importância da reflexão por parte dos profissionais de Enfermagem face às suas práticas diárias. A acção reflectida traz vantagens em termos de desempenho profissional contribuindo para um melhor desenvolvimento e uma melhoria na qualidade dos cuidados.

Identificámos as necessidades formativas da equipa de enfermagem relacionadas com a formação em serviço, planeámos e realizámos a sessão de formação para a melhoria do serviço. Após uma análise da casuística de doente do foro oftalmológico que recorreram ao serviço de urgência achámos pertinente a elaboração de um guia prático de Oftalmologia.

Sendo os serviços de urgência o palco que acolhe diversas situações relacionadas com a violência e a agressão, achámos pertinente a realização de uma conferência para divulgação de um novo domínio de enfermagem, “Enfermagem Forense”. Os profissionais dos serviços de urgência devem estar sensibilizados de como tratar a vítima de forma a respeitar a preservação de vestígios.

A realização de um rastreio foi para nós uma actividade muito gratificante, contribuindo para a prevenção de doenças cardiovasculares e promoção da saúde.

Partindo do pressuposto que a investigação é um contributo para o desenvolvimento da profissão, é nosso objectivo participar futuramente em estudos de investigação.

A elaboração deste relatório é o testemunho vivo que nos permitiu fazer uma análise crítica e reflexiva do nosso desempenho durante o nosso percurso, e vem contribuir, sobremaneira, para um reconhecimento que nos permite forjar uma auto-estima pessoal e uma motivação acrescida para tarefas vindouras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alminhas, S. 2007. Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Sinais Vitais*, Coimbra n° 75, p.57-60.

Anjos, L.1998. Cuidar é amar. *Servir – Lisboa*. – 46 (4) P.171-180.

Batuca, A. 2005. Reanimação cardio-respiratória: suporte básico e suporte avançado de vida. *Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem*, D.L. 106 p.

Carvalho, A.; Carvalho, G. 2006. Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação: um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros. *Lisboa: Lusociência*, XVII, 168p.

Chiavenato, I. 1997. Recursos humanos. Ed. Compacta, 4ª ed., São Paulo: Atlas,

Decreto-Lei nº437/98 de 8 de Novembro. Aprova regime legal da carreira de enfermagem.

Deodato, S. 2004. A excelência do exercício – Perspectiva ética e deontológica. *Ordem dos Enfermeiros – Lisboa – nº 15*

Diário da República, 1ª série – nº134 – 14 de Julho, Lei 33/2009 14 de Julho, direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de saúde.

Fernandes, I. 2010. Protocolos no Serviço de Urgência. *Nursing, Lisboa* 22 (259) p.31-34

Figueiredo, N. [et al] 2006. Emergência atendimento e cuidados de enfermagem. São Paulo: Yendis,. 304p.

Gomes, I. 1999. Os enfermeiros e a formação em serviço. *Servir, Lisboa* 47 (4) p.178-181.

Grupo de Trabalho de Urgências, 2010. O serviço de urgência, recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Ministério da saúde, 2004. Consultado a 9 de Outubro 2010. Disponível em:

[http://www.hospitalsepe.min\\_saude.pt/Downloads\\_HEPE/producaoqualidade/livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.hospitalsepe.min_saude.pt/Downloads_HEPE/producaoqualidade/livro%20urgencias%202006.pdf)

Hesbeen, W. 2000. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 201p.

Hesbeen, W. 2001. Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência, 220p.

IAFN, International Association of Forensic Nursing. 2006. Citação consultada a 16 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.ianf.org/>

Imperatori, E.1999. Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: Glossário, Lisboa: Edinova, 377 p.

Imperatori, E. 1996. Auditorias: um contributo para a qualidade na saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa 14 (3) p.41-54

Lazure, H. 1994. Viver a relação de ajuda. Lisboa: Lusodidacta, 214p.

Lourenço, C.; Mendes R. 2008. Pensar a Formação em Enfermagem. Nursing, Lisboa 18 (233) p.38-43

Madureira, I. [e tal], 2007. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais: Análise do sub-domínio prático segundo a ética de acordo com o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner. Sinais Vitais, Coimbra nº71, p.27-30

Marin, H. 1995. Informática em Enfermagem. São Paulo: E.P.U., X, 100p.

Martins, C. 2004. O papel Formativo do Enfermeiro especialista. Nursing, Lisboa 15 (192) p.6-9

Ordem dos Enfermeiros, 2007. Suplemento da Revista nº26

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

Ordem dos Enfermeiros, 2009. Código Deontológico. Citação consultada a 17 de Fevereiro de 2011, disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/ligislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

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

Parreira, P. 2005. Organizações. Coimbra: Formasu – Formação e Saúde. Lda,

Pereira, H. 1994. Formação formal versus formação informal. Divulgação Porto nº32 p.2

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

Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. 2003. Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica. 6ª ed. Loures: Lusociência, 4 vols.

Potter, P.; Perry, A.1996. Grande Tratado de Enfermagem Prática. São Paulo: Tempo [etc],. XIV, 999p.

Rocha, M. 1996. Enfermagem de Urgência - Uma perspectiva de intervenção. Informar, Porto II (7) p.8-10

Silva, D.; Silva, E. (s.d.). O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. Consultado a 29 de Junho de 2010, disponível em: <http://WWW.ipv.pt/millenium30/8.pdf>

Silva, J. 2010. Os enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual no Serviço de Urgência. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal.

Sheehy's, S. 2001. Enfermagem de Urgência Da teoria à Prática. Loures: Lusociência, 4ª ed. 877p.


Teixeira, S. 2005. Gestão das organizações. 2ª edição, McGraw-Hill de Portugal, Lda., p.3-8

Watson, J. 2002. Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de Enfermagem. Lisboa: Lusociência, 182 p.

# ANEXOS

# ANEXO 1

Protocolo de cateterismo cardíaco

 <p>HST – Visou UCIC</p>	<p><b>Procedimento nº UCIC</b></p> <p>PROTOCOLOS DE CATETERISMO CARDÍACO</p>	<p><b>Data:</b> 24/05/2010</p>
		<p><b>Próxima Revisão:</b> 2013</p>
		<p><b>Revisão N.º 2</b></p>

**ÁREA/TÓPICO:** Organização da prestação de cuidados/Prestação de cuidados aos doentes submetidos a cateterismo cardíaco

**ÂMBITO:** Serviços de Enfermagem.

**FUNDAMENTOS:** Uniformizar as práticas de Enfermagem

**OBJECTIVOS:** Estabelecer uma prática de cuidados aos doentes submetidos a cateterismo cardíaco e uniformizar procedimentos .

**DESCRIÇÃO:**

**Normas para cateterismo Cardíaco**

## **Pré-cateterismo**

- ✓ Jejum na manhã do exame:
  - pode tomar a medicação da manhã com pouca água;
  - se cateterismo programado para depois das 12h pode tomar pequeno almoço (dieta líquida);
  
- ✓ Retirar próteses dentárias e qualquer tipo de adornos (fios, pulseiras e anéis);

- ✓ Tricotomia inguinal bilateral, (tipo “calção” até ao terço inferior das coxas);
  - ✓ Tricotomia radial esquerda;
  - ✓ Doente vestido com bata de BO;
  - ✓ Requisição de cateterismo devidamente preenchida;
    - Não esquecer peso, altura e consentimento assinado
  - ✓ Cateterizar veia periférica, preferencialmente no membro superior esquerdo;
  - ✓ Se doente hipocoagulado:
    - Heparina de baixo peso molecular – não administrar nas 12h anteriores ao cateterismo;
  - ✓ Ficha de verificação pré-operatória devidamente preenchida e assinada.
- ! Se doente instável a suspensão da terapêutica depende da indicação médica

√ **Insuficientes Renais**

- Soro salino 0,9%: perfusão de 1ml/Kg/h 12horas antes e 12horas depois do procedimento, ou;
- Bicarbonato de Sódio 1,4%: perfusão de 3ml/Kg/h na hora anterior ao procedimento, seguido de 1,2ml/Kg/h durante as 6 horas posteriores ao procedimento;
- Acetilcisteína (**Fluimucil**) 600mg per os de 12/12h no dia anterior e no dia do procedimento.

## Pós – cateterismo (s/ introdutor)

- √ Acompanhar o doente da sala de recobro da Hemodinâmica até à UCIC, ajudando-o a passar para a cama sem mobilizar o membro cateterizado;
- √ Vigiar o penso do local da punção 15 em 15 minutos e sinais neurocirculatorios;
- √ Se o cateterismo for por via radial, avaliar pressão arterial no braço contrário;
- √ Verificar pulsos periféricos (radial-membro superior; e pulso dorsal e tibial posterior – membro inferior) do membro cateterizado;
- √ Ensinar o doente:
  - para quando tossir ou espirrar, comprimir com os dedos o local do penso;
  - utilizar técnicas posicionais de forma a minimizar o desconforto da imobilidade no leito;
- √ Alertar o doente para o caso de sentir dor ou sensação de “líquido quente”, na zona cateterizada chamar o Enfermeiro(a).
- √ No caso de hemorragia deve ser chamado o médico e efectuar novamente a compressão manual do local ou colocar femostop;
- √ Se surgir hematoma, vigiar evolução;
- √ Instituir ingestão de líquidos , um copo de leite meia hora após o exame e dieta ligeira 2 horas após;
- √ Reinstituir medicação cardioactiva e anticoagulante segundo indicação médica;
- √ Relembrar o doente da não mobilização do membro cateterizado, não levantar a cabeça e que só se poderá movimentar 6 a 8 horas após o exame;
- √ Efectuar levante protocolar no dia seguinte, despistando sinais de hipotensão e hemorragia. Iniciar actividade progressiva.

- √ Retirar penso compressivo no dia seguinte após os cuidados de higiene, fazendo-o com técnica asséptica, se este não estiver repassado e não existir hematoma.
  - √ Informar o doente para não realizar esforços nos primeiros 7 dias após cateterismo, tais como, levantamento de pesos, e se observar hemorragia, rubor, edema exsudato no local cateterizado comunicar imediatamente ao médico.
  - √ No acesso braquial:
    - manter o braço semi-flectido durante 4 horas;
    - não utilizar o braço para levantar qualquer peso ou apoiar o corpo;
    - após 4 a 6 horas efectuar levante protocolar;
    - vigiar a venotomia;
- \* Em caso de hematoma, delimitar a zona, vigiar a progressão e colocação de gelo no local;

## Pós – cateterismo (c/ introdutor)

- √ Vigiar sinais de hemorragia e neurocirculatórios do membro cateterizado;
- √ Retirar introdutor 6 a 8 horas após terminus de perfusão de tirofiban; a não ser que haja informação médica em contrario.
- √ Efectuar compressão manual;
- √ Se necessário colocar femostop.
- √ Prestar Cuidados de Enfermagem como no procedimento anterior (sem introdutor).

## Cuidados com o trband

- ❑ Vigiar o local da punção através do sistema trband;
- ❑ Desinsuflar o cuff gradualmente, com vigilância permanente da perda sanguínea;
- ❑ Vigiar sensibilidade e coloração das extremidades (dedos);
- ❑ Após desinsuflado na totalidade deve ser retirado, mantendo pressão digital acima do dispositivo;
- ❑ Confirmar que não sangra ao aliviar a pressão digital;
- ❑ Fazer penso compressivo;
- ❑ Ensino ao doente (limitações do punho);
- ❑ Retirar penso ao fim de 24 horas;

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
Enf. Luis Marques	Enfª Natália Soares	Dr. Oliveira Santos
Enf. José Silva	Dr Luis Nunes	Enfª Natália Soares
Enf.Natália Soares	Dr Joao Pipa	

# ANEXO 2

Plano de sessão e formação/Formação  
“Suporte Básico de Vida”

# PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>TEMA:</b> Suporte Básico de Vida (SBV)			<b>LOCAL:</b> Unidade de Cuidados Intensivos Coronários		
<b>FORMADORES:</b> Anabela Chaves Enfermeiro Nelson <b>Orientadora:</b> Prof. Teresa Borges			<b>DATA:</b> 26 de Maio de 2010		
<b>DESTINATARIOS:</b> Enfermeiros da UCIC e alunos de Enfermagem			<b>DURAÇÃO:</b> 1 hora		
<b>OBJECTIVOS GERAIS:</b> - Enumerar os princípios do Suporte Básico de Vida (SBV) - Identificar fases do Algoritmo do SBV			<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</b> Identificar causas de paragem cardio-respiratória (PCR) -Compreender as etapas e a sequência do SBV -Reconhecer problemas associados ao SBV		
	<b>Temática</b>	<b>Métodos</b>	<b>Material e Recursos</b>	<b>Tempo</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	-Conceito de Suporte Básico de Vida (SBV) -Cadeia de sobrevivência	Expositivo	- Videoprojector Computador PowerPoint	5 Minutos	Reflexão
<b>Desenvolvimento</b>	-Causas da PCR - Prevenção da PCR - Riscos para o reanimador - Suporte Básico de Vida, Algoritmo  <b>Prática:</b> - Simulações	Expositivo  Activo	Videoprojector Computador PowerPoint  Computador -“Manequim” do DEP para simulações	50  Minutos	Discussão e Reflexão
<b>Conclusão</b>	- Pensamento de Aristóteles	Expositivo	-Computador PowerPoint	5 Minutos	Reflexão



# *Suporte básico de vida*



*" Gestos que salvam... "*

*Nelson Martins*  
*Aluna: Anabela chaves*  
*Orientadora: Mestre Teresa Borges*



*Objetivos :*

- **Identificar Elos da Cadeia Sobrevivência**
- **Reconhecer Paragem Respiratória e Cardíaca**
- **Enumerar os Princípios do SBV**
- **Identificar fases do Algoritmo do SBV**

# Cadeia de sobrevivência

2000



Ligar 112

Iniciar SBV

Desfibrilhação  
precoce

Medicina  
Intensiva

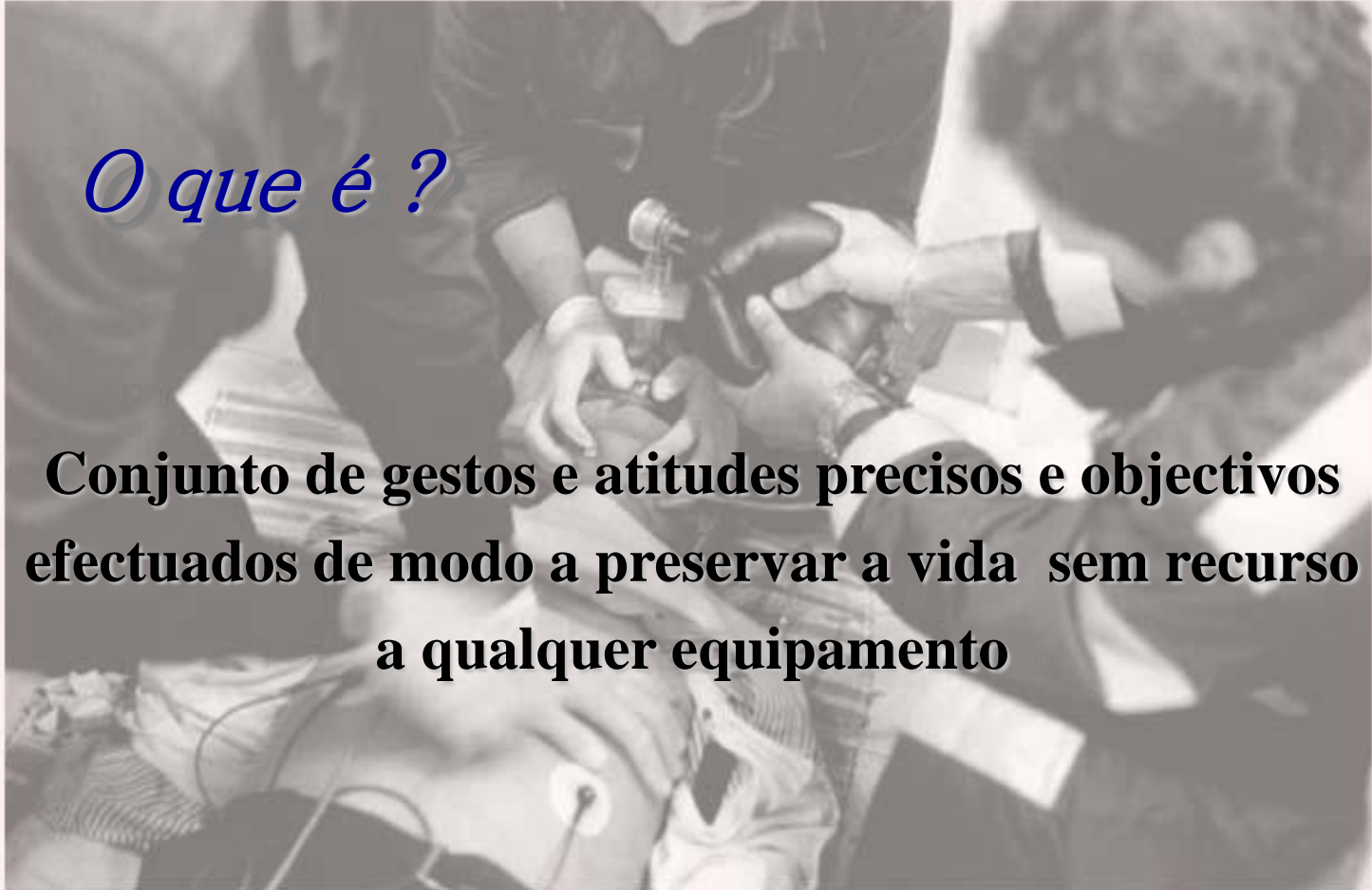
2005



# *Suporte Básico de Vida*

*O que é ?*

**Conjunto de gestos e atitudes precisos e objetivos efectuados de modo a preservar a vida sem recurso a qualquer equipamento**



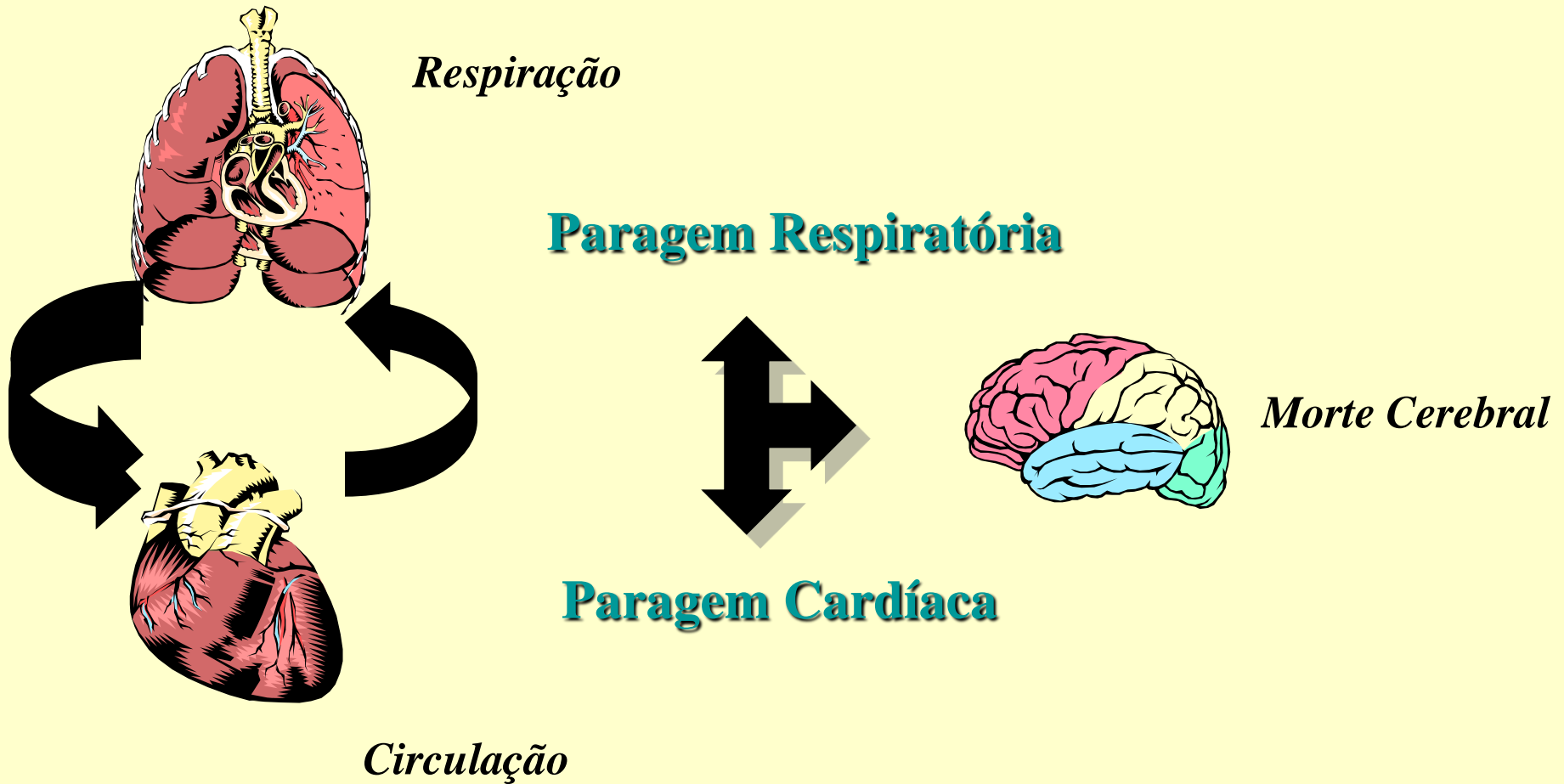
# *Suporte Básico de Vida*

## *Objectivo*

**Assegurar a manutenção adequada da respiração e da circulação de um indivíduo até à chegada dos meios necessários à reversão da situação**



# *Suporte Básico de Vida*



# *Soporte Básico de Vida*

*Quem faz?*

**Todos nós**



# *Suporte Básico de Vida*

## *Princípios*

- 1. Avaliação inicial**
- 2. Permeabilizar a via aérea**
- 3. Compressão torácica**
- 4. Ventilação artificial**



# CAUSAS DE PARAGEM CÁRDIO-RESPIRATÓRIA

# Objetivos

## COMPREENDER:

- As causas de PCR no adulto
- Identificar os indivíduos em risco
- O papel das equipas de emergência

# Causas de PCR

- **OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA**
- **INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA**
- **ORIGEM CARDÍACA**  
(primária ou secundária)

# Causas de PCR

## Obstrução da via aérea:

- **Depressão do estado de consciência (VA não protegida)**
- **Sangue, vômito, corpo estranho**
- **Traumatismo da face ou pescoço**
- **Epiglotite, edema laríngeo**
- **Secreções brônquicas**
- **Laringospasmo, Broncospasmo**

# Causas de PCR

## Insuficiência respiratória:

- **Depressão do centro respiratório**
- **Alteração da parede torácica**
  - Lesão da parede e/ou neuro-muscular
- **Alteração do parênquima pulmonar**
  - Contusão pulmonar, pneumo ou hemotórax , pneumonias, DPOC, asma, embolia pulmonar, EAP, ARDS, doenças restritivas

# Causas de PCR

## Origem cardíaca primária:

- **Isquémia por Síndrome Coronário Agudo**
- **Cardiopatía hipertensiva**
- **Miocardiopatias** (valvulares, hipertrófica, dilatadas)
- **Fármacos** (anti-arrítmicos, anti-depressivos, etc.)
- **Desequilíbrios electrolíticos ou ácido-base**
- **Electrocussão, Hipotermia**
- **Tamponamento, Rotura cardíaca**

# Causas de PCR

## Origem cardíaca secundária:

- Hipoxemia
- Anemia
- Hipovolemia
- Sépsis
- ...

# Prevenção da PCR

- A prevenção é o melhor método para melhorar o prognóstico, seja qual for a causa
- Nos doentes hospitalizados, a PCR não é um acontecimento súbito nem inesperado
- Existe geralmente agravamento prévio da situação clínica
- A maioria dos doentes pode ser identificada
- Importância das equipas de emergência

# Prevenção da PCR

## Obstrução da via aérea:

- **Se consciente:**
  - ✓ “Fácies de angústia”; adejo; tiragem
- **Se depressão estado consciência - RISCO!!!**
  - ✓ **Respiração ruidosa**
    - ✓ Prevenção da aspiração conteúdo gástrico
    - ✓ Prevenção da obstrução por queda da língua

# Prevenção da PCR

## Insuficiência respiratória:

- **Estar atento ao doente:**
  - ✓ (dispneia, taquipneia, irritabilidade, confusão mental, sonolência, cianose )
- **Monitorizar: oximetria de pulso**
- **Hipercapnia e acidose → PCR**
- **A terapêutica correcta depende da causa**

# Prevenção da PCR

## Origem cardíaca:

- Por vezes, doentes sem antecedentes
- Factores de risco
- A maioria dos doentes tem história de doença cardíaca
  
- Tratar a doença cardíaca é a melhor forma de prevenção (ISQUEMIA ++)

# Sumário

- A PCR pode ser secundária a obstrução da via aérea, alterações respiratórias ou disfunção cardíaca
- Na maioria dos doentes hospitalizados, a PCR não é súbita nem inesperada - deterioração progressiva
- O tratamento precoce e adequado dos doentes em risco permite evitar a PCR
- A eficácia da prevenção é otimizada pela existência de equipas médicas de emergência

# RISCOS PARA O REANIMADOR

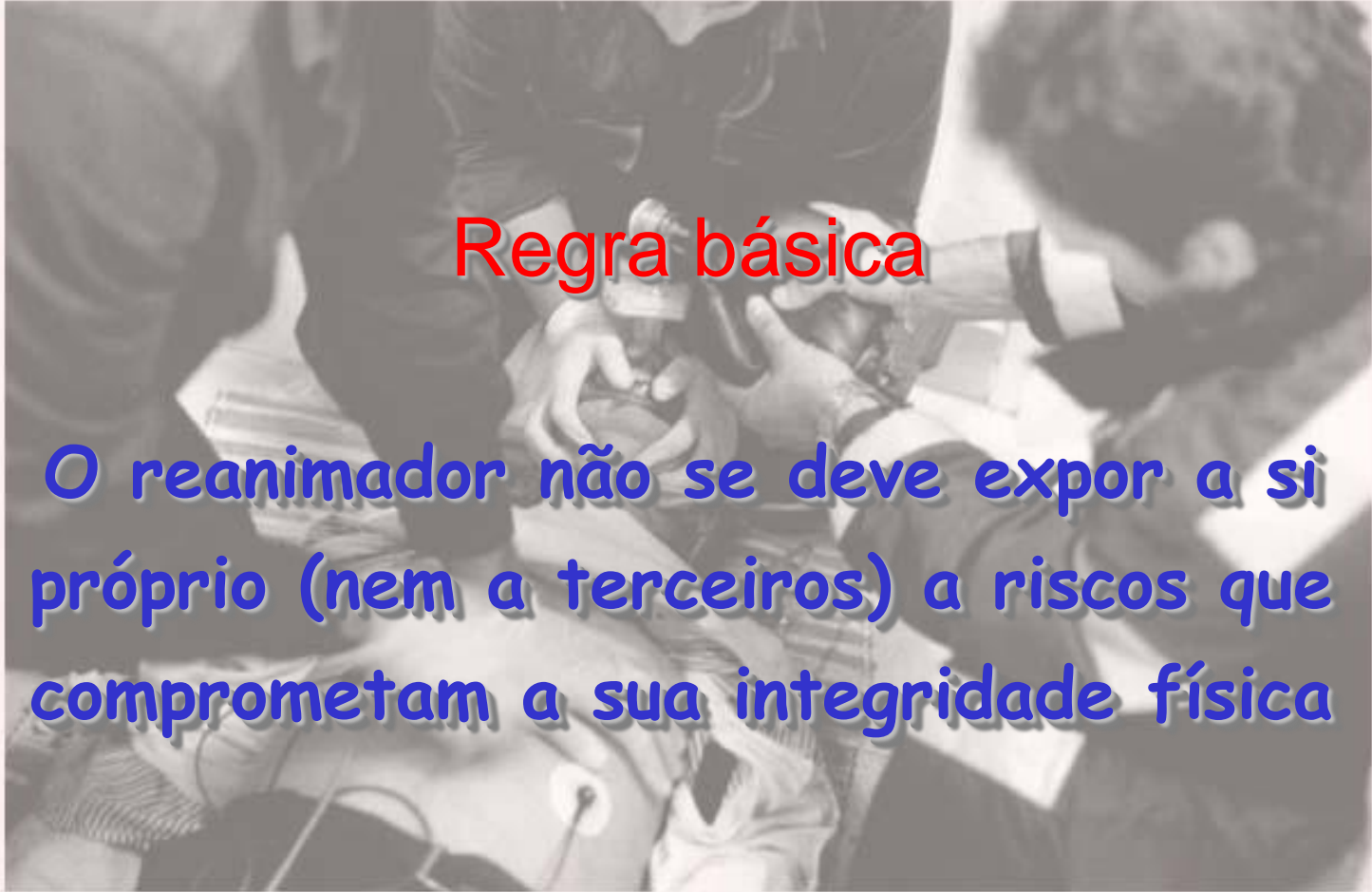
# Sumário

- É fundamental reconhecer os riscos potenciais
- Garantir sempre a segurança do reanimador
- Cumprir as medidas universais de protecção

# RISCOS PARA O REANIMADOR

## Regra básica

O reanimador não se deve expor a si próprio (nem a terceiros) a riscos que comprometam a sua integridade física



# Segurança



Antes de abordar a vítima deve avaliar as  
**CONDIÇÕES DE SEGURANÇA**

# Garantir condições de segurança

**DE QUEM?**

**Do reanimador**

**Da vítima**



**Antes de se aproximar de alguém que possa estar em risco de vida, o reanimador deverá assegurar primeiro que não corre nenhum risco**

Antes de abordar a vítima  
deve avaliar as **CONDIÇÕES DE SEGURANÇA**

## Riscos

- **Ambientais**

- **Intoxicações**



**808250143**

- **Infecções**

- Tuberculose cutânea
- Meningite meningocócica
- Herpes simplex
- Salmonelose

- **Hepatite / HIV**

# Medidas Universais de Protecção

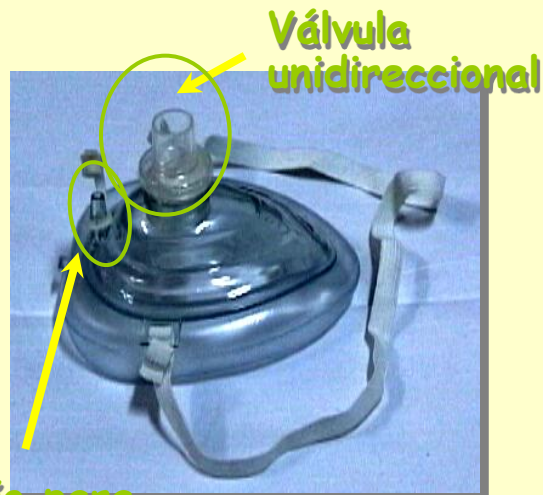
- **Luvas**
- **Bata**
- **Máscaras**
- **Óculos**



# Medidas Universais de Protecção

## MÁSCARA DE BOLSO

BARREIRA ENTRE O REANIMADOR E A VÍTIMA



- **Atenção:** Um lenço é uma protecção ineficaz e pode mesmo aumentar o risco de infecção

# *Avaliar Segurança*

**Ninguém se deve expor a maior  
risco do que o da vítima**

**Poderão ser colocadas duas  
vidas em perigo**

# **SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**ADULTO**

# OBJECTIVOS

- Compreender o conceito de SBV
- Compreender as etapas do SBV
- Saber a sequência das acções em SBV
- Reconhecer problemas associados ao SBV

# DEFINIÇÃO

Conjunto de procedimentos e atitudes padronizadas com o objectivo de:

- ✓ Reconhecer as situações em que há perigo de vida
- ✓ Saber como e quando pedir ajuda
- ✓ Saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer equipamento manobras que contribuam para preservar a circulação e oxigenação até à chegada de ajuda diferenciada.

# LIMITAÇÕES DO SBV

Os procedimentos de SBV, não são por si só, suficientes para recuperar a maior parte das vítimas de PCR

- É uma situação de suporte
- Manter a ventilação e circulação suficientes até conseguir meios de reverter a PCR

# Avaliar estado de consciência

Aproxime-se e verifique se a vítima responde.

## COMO?

Coloque em dorsal

Abane suavemente os ombros e pergunte em voz alta:

"Está bem?, Sente-se bem?"

- **Responde** pergunte o que se passou, se tem dores ou ferimentos e se for necessário vá pedir ajuda

- **Não responde** → **GRITE POR AJUDA**

Não abandone a vítima e prossiga a avaliação.



# AVALIAÇÃO ESTADO CONSCIÊNCIA

Está bem?  
Sente-se  
bem?



- ✓ Abanar suavemente os ombros



# RESPONDE

- Não a mexer da posição em que está
- Perguntar se tem queixas
- Verificar se há sinais externos de feridas
- Se necessário ir pedir ajuda
- Reavaliar periodicamente

# NÃO RESPONDE

AJUDA !!



- Avisa o outro reanimador ou “grita” por ajuda
- Iniciar a cuidados com a via aérea e a respiração

# Permeabilizar via aérea com pesquisa de sinais de vida

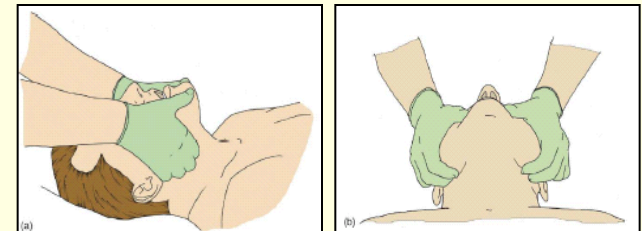
Verifique se existem corpos estranhos dentro da boca (comida, próteses dentárias soltas, secreções) → Remova-os, se os observar



Coloque a palma da mão na testa da vítima e dois dedos da outra mão no bordo do maxilar inferior; Efectue simultaneamente a extensão da cabeça e elevação do maxilar inferior.



Nota: se suspeita de trauma não fazer a extensão da cabeça. Nestes casos deverá ser feita a sub-luxação da mandíbula, mantendo o alinhamento do corpo, pescoço e cabeça



# CUIDADOS COM A VIA AÉREA

✓ Observar a cavidade oral

Corpos estranhos



✓ Permeabilizar a via aérea

# Permeabilizar via aérea com pesquisa de sinais de vida

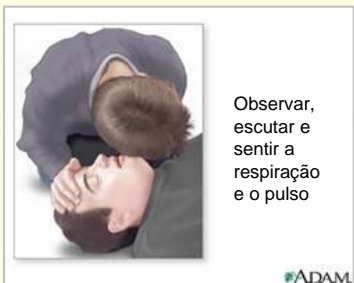
Avalie a existência de ventilação espontânea.

Aproxime-se e procure:

**VER (V)** se o tórax da vítima mexe;

**OUVIR(O)** junto da boca da vítima se há sons provocados pela respiração;

**SENTIR(S)** algum ar a sair da boca da vítima e pulso carotídeo.



## VOS

Deverá **V**er, **O**uvir e **S**entir durante 10 segundos

# PESQUISAR SINAIS DE CIRCULAÇÃO

Pesquisar a existência de pulso central



## SE NÃO RESPIRA

Tenha ou não pulso



Ligar 112

# Permeabilizar via aérea com pesquisa de sinais de vida

## NÃO RESPIRA

Peça a alguém que esteja por perto para **ligar 112**.



Informações a dar:

vítima **inconsciente, não respira**

**local correcto** onde se encontra a vítima.



Se está sozinho, o reanimador deverá de imediato abandonar a vítima para **ligar 112**.

**SE RESPIRA NORMALMENTE** – colocar em (PLS)  
**POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA**

# POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA



Ajoelhar ao lado da vítima e estender-lhe as duas pernas. Colocar o braço mais próximo do reanimador dobrado ao nível do cotovelo de forma a fazer um ângulo recto com o corpo da vítima, ao nível do ombro e com a palma da mão voltada para cima.

Dobrar o outro braço sobre o tórax de forma a encostar a face dorsal da mão à bochecha da vítima, do lado do reanimador. Manter a mão da vítima encostada à bochecha, com a palma da mão do reanimador, de forma a controlar o movimento da cabeça.

Com a outra mão segure a coxa ao nível do joelho.

Dobrar a perna da vítima mantendo o pé no chão.

Mantendo uma mão a apoiar a cabeça puxar a perna, ao nível do joelho, rolando o corpo da vítima para o lado do reanimador.

Ajustar a perna que fica por cima, por forma a que a anca e o joelho dobrem em ângulo recto. .

Se necessário ajustar a mão sob a face da vítima de modo a manter a cabeça em extensão, confirmando se a vítima respira bem, isto é, sem fazer ruído.

Ligar 112



# Se a vítima NÃO TEM SINAIS CIRCULAÇÃO



✓ Iniciar compressões torácicas

# Iniciar compressões torácicas



Na ausência de sinais de circulação deverá iniciar compressões torácicas. Para tal deverá colocar uma das mãos no centro do tórax...



Colocar então a base da outra mão sobre a que se encontra apoiada no meio do peito da vítima.

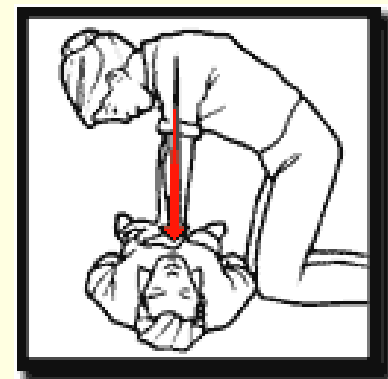


Entrelaçar os dedos, de forma a que a pressão se exerça só com a base das mãos e não com os dedos sobre as costelas.



Mantenha os braços esticados, sem flectir os cotovelos e posicione-se de forma a que os ombros fiquem perpendiculares ao esterno da vítima;

Sincronize as compressões com ventilações na relação de 30:2;



**Nota: É útil contar em voz alta “1 e 2 e 3.... e 30”**

# ***DUAS VENTILAÇÕES EFICAZES***



Soprar lentamente (durante 1 seg) – até elevação do tórax;  
Fazer a 2ª insuflação após o tórax ter relaxado totalmente;

**Resistência à entrada de ar  
ou  
Tórax da vítima não se eleva**



**mau posicionamento da cabeça  
ou  
existência de obstáculo**

**Podem ser feitas até cinco tentativas para conseguir duas ventilações eficazes, isto é, em que seja observada a expansão do tórax da vítima.**

# Continuar manobras de reanimação cardio-respiratória até...



À chegada dos técnicos

A vítima apresentar sinais de vida

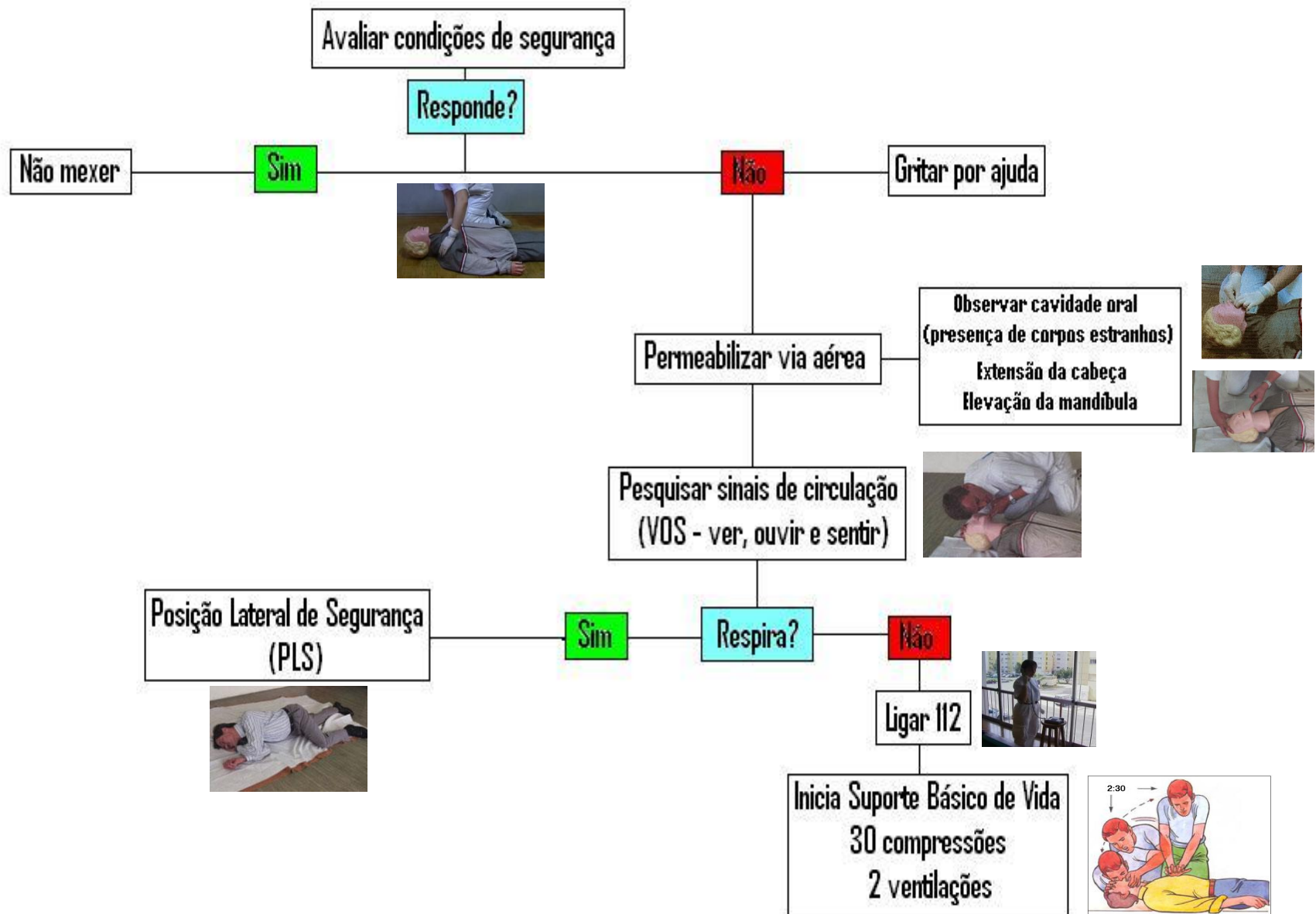
Exaustão do reanimador



***SUORTE BÁSICO DE VIDA***  
***ALGORITMO***

*Adulto com mais de 8 anos*

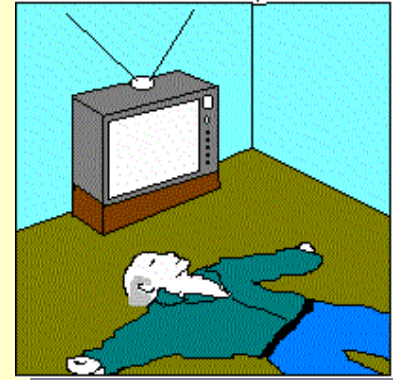
# ALGORITMO DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA





***Vamos ver o que aprendemos ?***

## **Você vai visitar o Sr. Manuel**



**O Sr. Manuel é um seu vizinho de idade avançada , muito divertido e que frequentemente joga cartas com os amigos no jardim. Hoje você decidiu visitá-lo e levar-lhe um baralho de cartas novo.**

**Bate à porta, mas ninguém responde. Bate uma segunda vez mais forte. Verifica que a porta se encontra aberta e entra.**

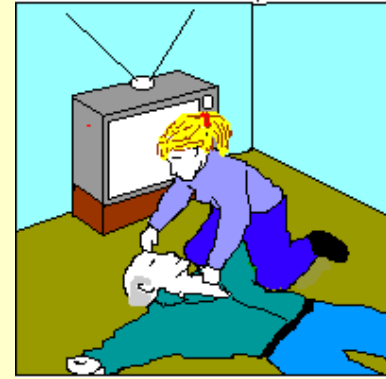
**Depara-se com o Sr. Manuel caído na sala de estar**

### **Que deve fazer :**

**A - Ligar de imediato 112**

**B - Verificar se o Sr. Manuel está consciente**

**C - Iniciar compressões torácicas**



## **B - Verificar se o Sr. Manuel está consciente**

**O Sr. Manuel costuma beber um pouco demais, por isso decide verificar se está embriagado.**

**Infelizmente ele não responde. Está inconsciente.**

### **Que deve fazer :**

**A- Ligar de imediato 112**

**B- Pedir ajuda**

**C- Entrar em pânico e fugir**



## **B - Pedir ajuda**

**Você grita por ajuda mas fica na duvida se alguém ouviu o seu pedido, no entanto há algum tempo assistiu a umas aulas de socorrismo e acalma-se.**

**Recorda que para avaliar a respiração .....**

### **Que deve fazer :**

**A – Insuflar duas vezes**

**B – Inclinar a cabeça para a frente e verificar o pulso**

**C – Inclinar a cabeça para trás e levantar o queixo**



## **C - Inclinar a cabeça para trás e levantar o queixo**

**Você puxou a cabeça para trás, levantou o queixo, confirmou que não há corpos estranhos na boca. A seguir...**

### **Que deve fazer :**

**A- Ligar de imediato 112**

**B- Ver, ouvir e sentir**

**C- Iniciar insuflações**



## **B - Ver, ouvir e sentir**

**Constata que não há movimentos torácicos, sons respiratórios nem ruídos de saída de ar**

### **Que deve fazer :**

**A- Ligar 112**

**B- Iniciar compressões torácicas**

**C- Iniciar 2 insuflações**

## A- Ligar 112



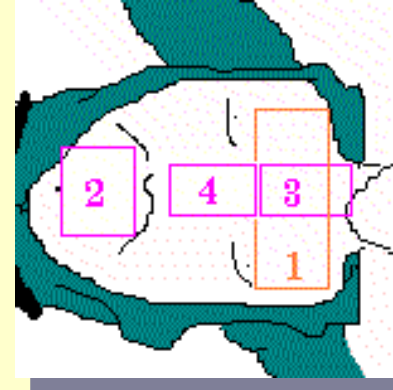
Ligou 112, disse o que se estava a passar, o que sabia sobre o Sr. Manuel, onde se encontrava e como era difícil localizar a rua deu o nome da pastelaria da esquina e o seu número de telemóvel para o caso de ser necessário.  
Volta para junto do Sr. Manuel

### **Que deve fazer :**

**A- Insuflar novamente**

**B- Iniciar compressões torácicas**

**C- Iniciar compressões abdominais**



## **B - Iniciar compressões torácicas**

**Em que local deve executar as compressões torácicas ?**

**A- área 1**

**B- área 2**

**C- área 3**

**D- área 4**

## D - área 4



Iniciou compressões torácicas no centro do tórax e conta 1 e 2 e 3 e...

**Quantas vezes deve comprimir o tórax?**

**A - 15**

**B - 20**

**C - 30**

**C – 30 compressões**



**Você executa 30 compressões.  
A seguir...**

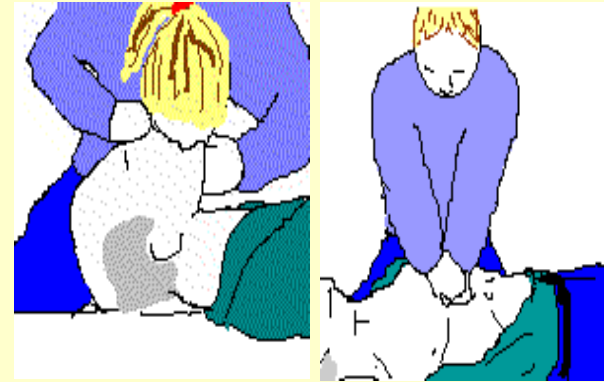
**Que deve fazer ?**

**A- Insuflar 2 vezes**

**B- Verificar o pulso**

**C- Ver, ouvir e sentir**

## A - Insuflar duas vezes



O peito do Sr. Manuel expande com as suas insuflações  
Você executa alternadamente 30 compressões e 2 insuflações

**Durante quanto tempo ?**

**A- 10 minutos**

**B- Até à chegada dos técnicos**

**C- Até lhe apetecer**

## **B - Até à chegada dos técnicos**

**Você mantém as manobras e espera que a ajuda dos técnicos chegue rapidamente porque você está a ficar cansado. Felizmente eles chegam...**

### **Que deve fazer :**

- A- Parar imediatamente**
- B- Perguntar se pode parar**
- C- Verificar sinais de circulação**



## **B- Perguntar se pode parar**



**Os técnicos solicitam-lhe um resumo da situação enquanto monitorizam o Sr. Manuel. Depois de um breve momento é substituído nas compressões torácicas.**

**Dão-lhe os parabéns pelo trabalho efectuado.**

**O seu sentimento é de confusão mas sente-se bem pois fez tudo o que estava ao seu alcance para salvar o Sr. Manuel**

***“Porque qualquer dia, a qualquer hora e em qualquer lugar, é provável que algo de improvável venha a acontecer...”***

**ARISTÓTELES**



**A partir de agora**




**Você nunca mais será o elo mais fraco**



**Obrigado pela presença**

# ANEXO 3

Procedimento “Administração de  
terapêutica na UCIC”

 HST – Viseu UCIC	Procedimento N° 2  Administração de terapêutica na UCIC	<b>Data de Emissão</b> Abril 2010
		<b>Última revisão em:</b> 28/04/2010
		<b>Revisão n° 1</b>
		<b>Página 1/2</b>

**Área/ Tópico:** Administração de terapêutica

**Âmbito:** Serviços de Enfermagem

**Fundamentos:** Uniformiza procedimentos, facilita a integração dos enfermeiros e garante uma maior segurança na administração da terapêutica.

**Objectivos:**

- Protocolar as acções de enfermagem
- Eliminar erros na administração de terapêutica


**Descrição:**

**1. ROTULAGEM DA TERAPÊUTICA:**

- ✓ Nome completo do doente (No mínimo o primeiro e último nome);
- ✓ Número da cama;
- ✓ Substância preparada;
- ✓ Diluições;
- ✓ Dose e via de administração;
- ✓ Data e hora da preparação

**2. AS PERFUSÕES:**

- ✓ No início de cada turno devem ser verificadas as perfusões de cada doente com a tabela de terapêutica e validá-la (registo digital);
- ✓ Caso não esteja coincidentes, contactar médico de serviço;
- ✓ Caso haja uma prescrição verbal (acção está em desacordo com o procedimento nº 7), esta deve ser anotada em observações pelo enfermeiro responsável pelo doente;
- ✓ Sempre que ocorra um erro terapêutico este deve ser registado, em Mod. 320;

 HST - Visou UCIC	Procedimento N° 2 Administração de terapêutica na UCIC	<b>Data de Emissão</b> Abril 2010
		<b>Última revisão em:</b> 28/04/2010
		<b>Revisão n° 1</b>
		<b>Página 2/2</b>

### 3. PRÁTICAS DE PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

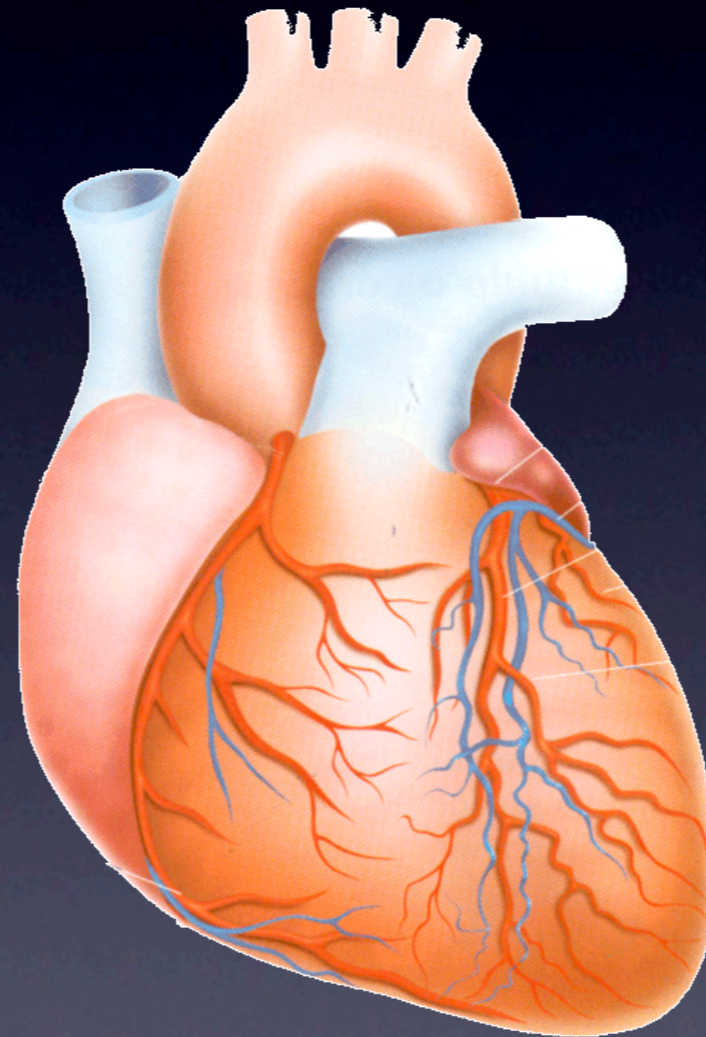
- a. Toda a terapêutica deve ser preparada imediatamente antes da administração;
- b. Verifica a validade e nome do medicamento;
- c. Quem prepara, administra e valida (registo digital);
- d. Confere a identidade do doente antes de administrar;
- e. Supervisiona a preparação e administração realizada por estagiários.

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

# ANEXO 4

Documentos relacionados com o rastreio  
“Factores de Risco Cardiovasculares”

# FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES



São situações que podem facilitar e tornar mais rápido o desenvolvimento de aterosclerose.

# ○ que é aterosclerose?

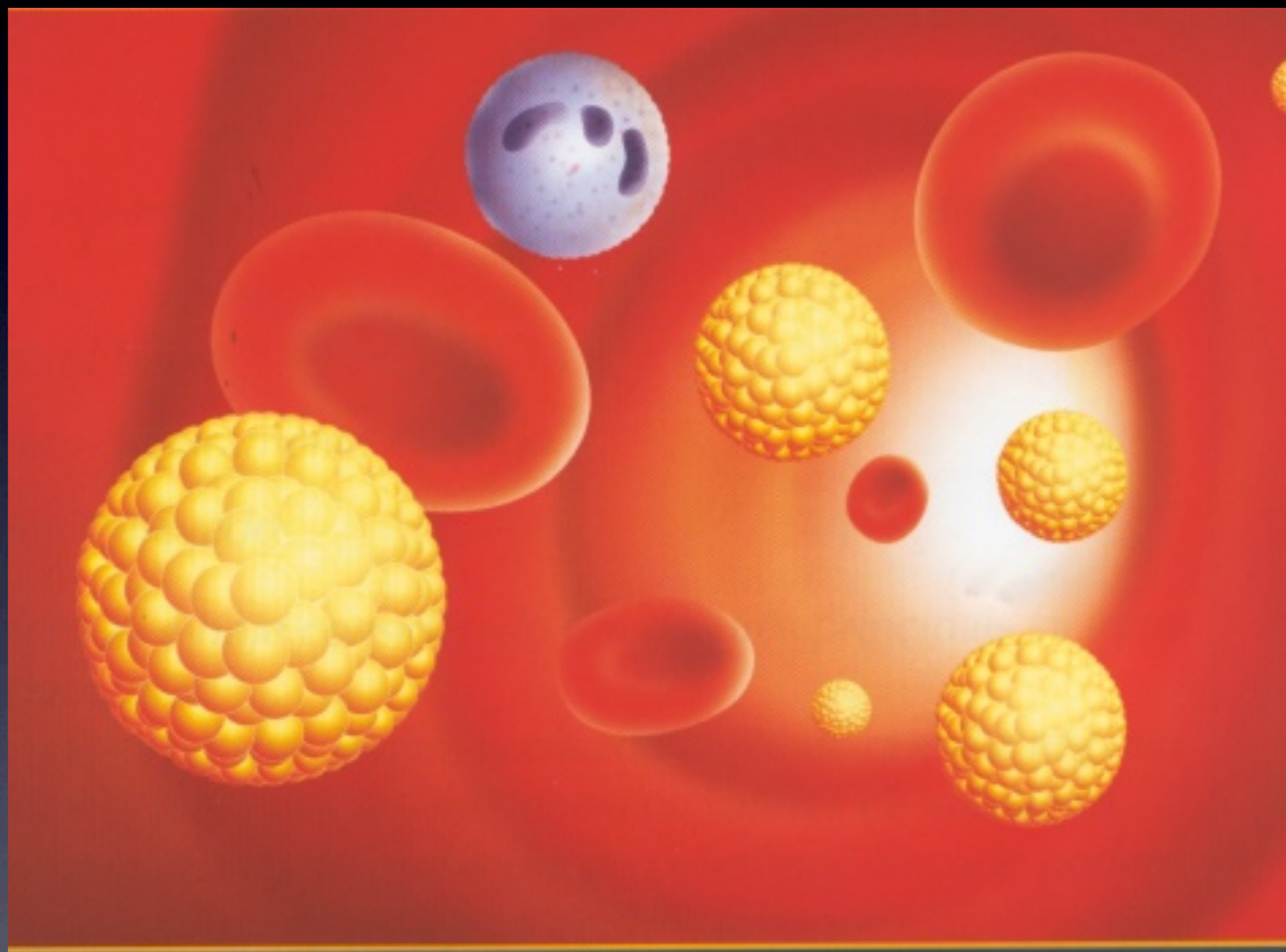
- É quando à formação de placas duras e gordurosas no interior das artérias dificultando a passagem do sangue.

# Quais são os factores de risco?

- Hipertensão arterial
- Tabaco
- Colesterol elevado
- Stress
- Pouco exercício físico
- Diabetes
- Obesidade
- Mulheres na menopausa
- Idade
- Hereditariedade (doenças cardiovasculares na família)

# COLESTEROL

## O QUE É O COLESTEROL?



É gordura ou lípido que existe no sangue e em todas as células do organismo.

Hipercolesterolemia – Muito colesterol em circulação no sangue.

# PARA QUE SERVE O COLESTEROL?

- **É necessário no organismo para:**

- Produção de hormonas e vitaminas
- Constituição das células
- Funcionamento do sistema nervoso
- Formação de biliar
- É indispensável à vida

- **Porque pode ser prejudicial?**

- Quando em excesso pode provocar a formação e crescimento de placas de aterosclerose no interior das artérias.
- O colesterol é um dos principais constituintes destas placas.
- A aterosclerose é responsável por numerosas doenças cardiovasculares como enfarte do miocárdio, angina de peito ou acidente vascular cerebral.

# Como se avalia o colesterol?

A única maneira de sabermos o valor do colesterol é através de análises de sangue.

## O que é o “bom” e o “mau” colesterol?

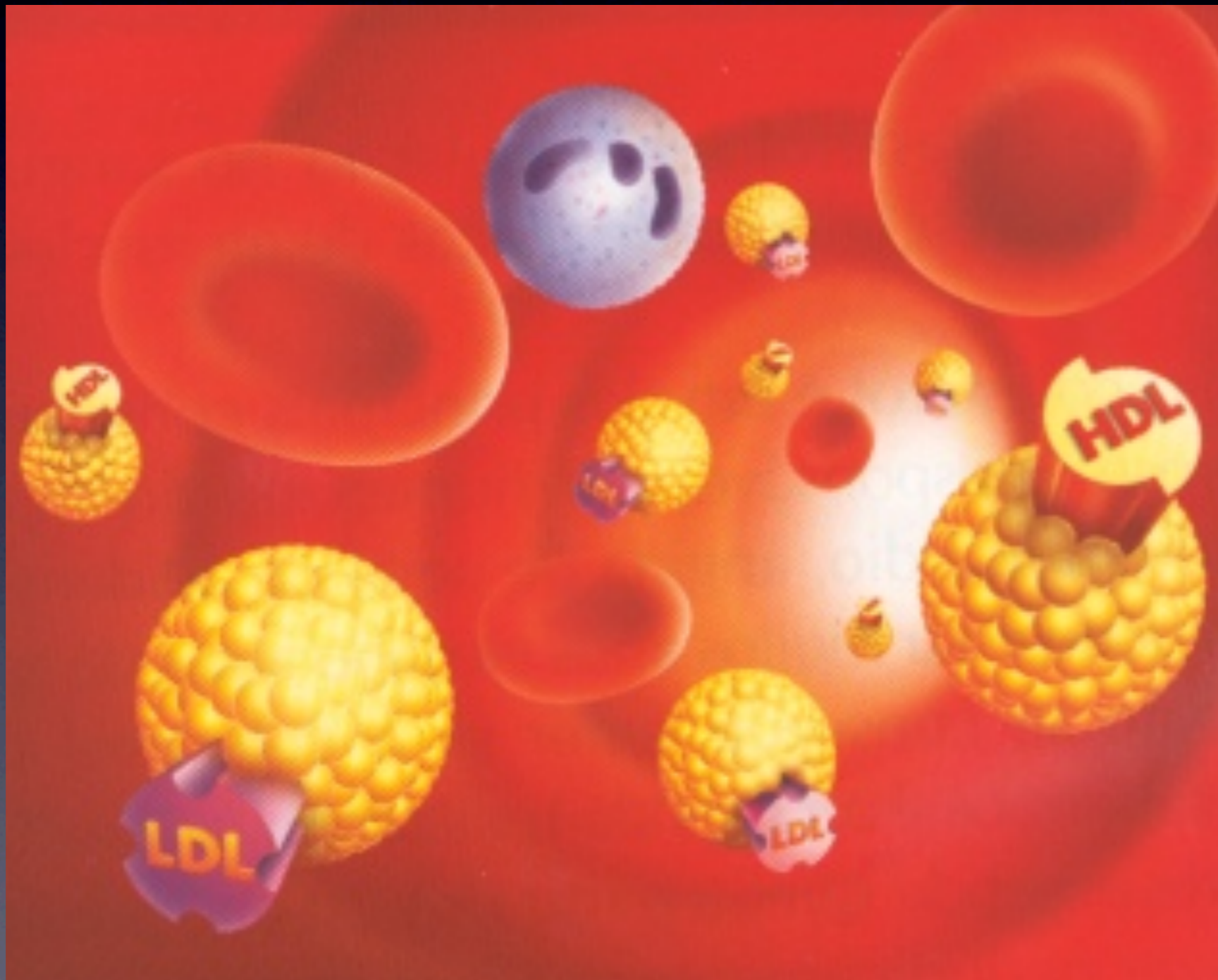
O “*bom colesterol*” é aquele que circula no sangue sob a forma de HDL. A HDL é a substância que recolhe o colesterol em excesso nos tecidos e o leva de volta para o fígado.

O “*mau colesterol*” é aquele que circula no sangue sob a forma de LDL. Quando em excesso é o responsável pela formação de depósitos no interior da artéria - a aterosclerose.

# Quais são as causas de colesterol elevado?

- Alimentação
- Excesso de peso
- idade
- Menopausa
- Hereditariedade
- Doenças

# Como se trata o colesterol alto?



# Alimentação

- Consumo equilibrado de gorduras
- Aumento do consumo de frutas, legumes e alimentos com fibra
- Controlo do excesso de peso

## Exercício físico

- Ajuda a emagrecer e aumenta o bom colesterol (HDL)

## Correcção de outros factores de risco

- Controlar a hipertensão arterial
- Controlar os hábitos tabágicos - o tabaco faz diminuir o “bom” colesterol (HDL)

## Medicamentos

- Quando o cuidado com a alimentação e o exercício físico não são suficientes para baixar o colesterol, é necessário o tratamento com



# Hipertensão Arterial

## O que é a Pressão Arterial?

É a força com que o sangue é bombeado pelo coração  
É a pressão com que o sangue percorre as artérias mais importantes



# O que faz variar a pressão arterial?

- A força ou a pressão com que o sangue é bombeado pelo coração varia de momento a momento.
- Varia conforme a nossa posição se deitados ou de pé.
- Varia conforme a alimentação.
- Stress

# Que mal tem hipertensão arterial?

- Se a pressão do sangue for grande as artérias adoecem e duram menos.
- Quanto maior for a pressão do sangue maior é o risco de que as artérias se tornem incapazes de levar o oxigénio e o alimento às nossas células.

## **Podendo dar origem a:**

- Angina de peito
- Enfarte do miocárdio
- Tumores cerebrais



# Qual é a causa da hipertensão?

- A carga genética – Se os nossos pais têm hipertensão, podemos herdar a tendência para esta doença

- Evitar outros factores que favorecem o seu aparecimento:

Ingestão excessiva de sal

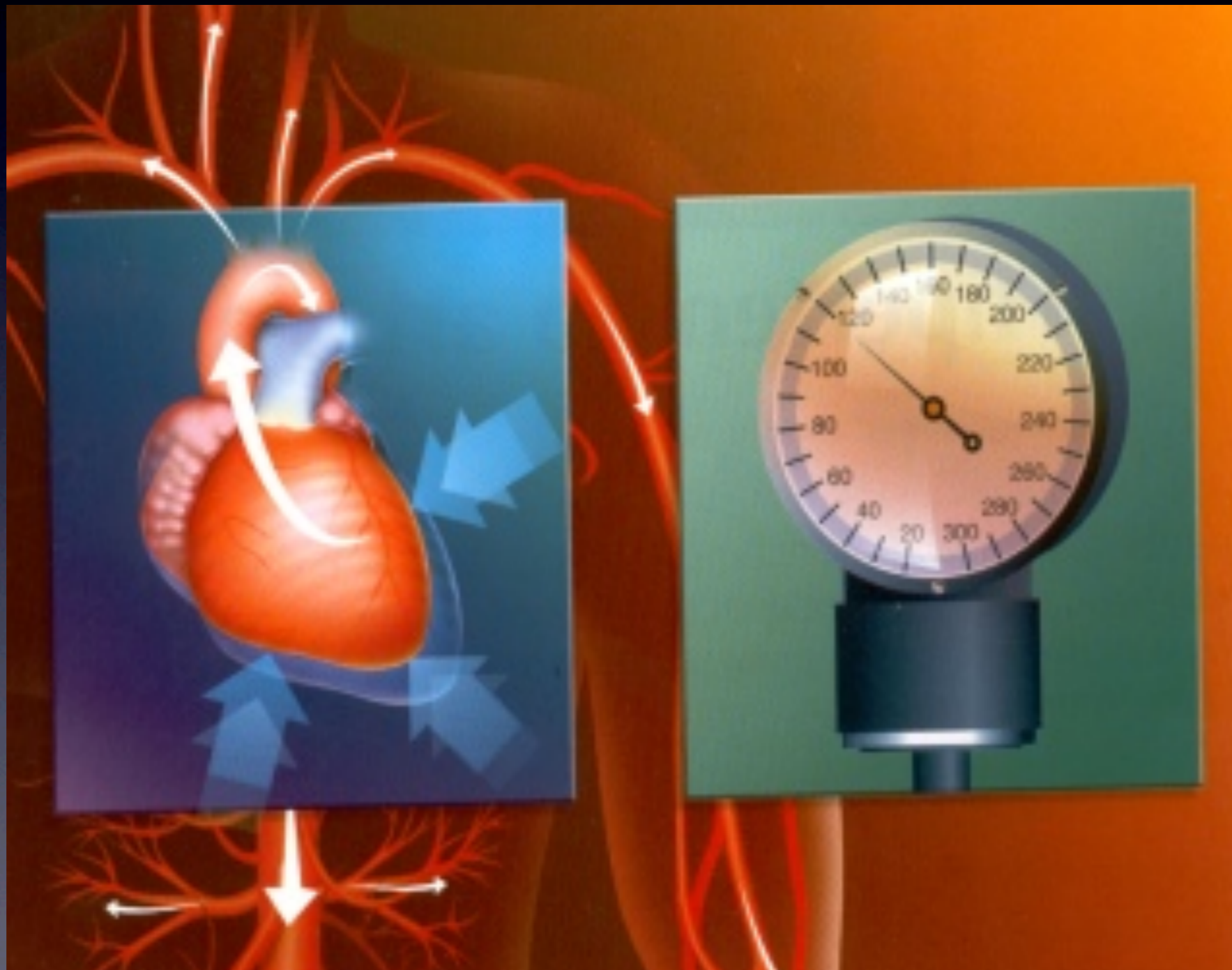
Excesso de peso

Não fazer exercício físico regular

Stress



# O tratamento da hipertensão arterial



## Cuidados gerais

- Não engordar
- Não comer alimentos salgados
- Não fumar
- Beber com moderação
- Fazer exercício regular
- Combater o stress do dia-a-dia

## Alimentação

- Deve ser rica em legumes, saladas, frutas e peixe
- Deve ter poucas gorduras
- Reduzir o sal na alimentação

# Alimentos que devem ser evitados:

- Aperitivos com sal
- Batatas fritas de pacote
- Bacalhau seco, azeitonas e pickles
- Alimentos pré-cozinhados e enlatados
- Queijos curados e semi-curados
- Charcutaria (chouriço, presunto etc)
- Pão com muito sal
- Fast-food (pizza, hamburger, etc)

## Os medicamentos

- Existem vários medicamentos capazes de baixar a pressão arterial, a escolha depende do médico.

# Que deve saber e fazer quem toma remédios para a hipertensão arterial?

- A hipertensão arterial é uma doença crónica, provavelmente o tratamento é para toda a vida.
- Tomar a medicação deve ser um hábito, tem como objectivo melhorar a qualidade e a esperança de vida.
- Não deve interromper a medicação.
- Se a medicação causar alguns sintomas consulte o médico.
- Não aceitar conselhos ou opiniões de amigos e “curiosos” para mudar ou associar medicamentos aos que o médico receitou.
- Antes de terminar a medicação é conveniente comprar novas caixas para não parar o tratamento.



# DIABETES

O que é a Diabetes?

É uma doença causada pela falta ou pela ineficácia de insulina.  
A insulina é uma hormona fabricada pelo pâncreas.



# Para que serve a insulina?

- A função da insulina é fazer com que o açúcar (glicose) que circula no sangue, entre nas células do nosso corpo.
- Quando o nível de glicose sobe no sangue, o pâncreas produz insulina normalizando o nível de glicose.
- Quando há falta de insulina o nível de glicose no sangue (glicemia) mantém-se elevado.

# Que sintomas tem um diabético?

- Um diabético não tratado urina muitas vezes e em grande quantidade, tem muita fome e muita sede.



- As senhoras têm com frequência infecções urinárias e prurido vaginal.

# A diabetes atinge vários órgãos

- Sistema nervoso
- Olhos
- Feridas nos pés
- Rins
- Intestinos
- Bexiga
- Aterosclerose
- Alteração da sensibilidade
- Doenças cardiovasculares

A diabetes acelera a formação de aterosclerose nos grandes vasos que conduzem o sangue ao coração e ao cérebro. A principal causa de morte dos diabéticos são as doenças cardiovasculares.

# A diabetes tem tratamento?

- Tem. Mas não tem cura.
- Para o controle da diabetes, os hábitos do diabético são tão importantes como a medicação.
- Toda a família deve estar envolvida na conquista de um estilo de vida sadio, com uma alimentação equilibrada, com exercício físico regular e sem tabaco



# Alimentação do diabético

- Os alimentos devem ser variados e distribuídos por várias refeições ao longo do dia.
- Às refeições comer sempre legumes, ou saladas.
- Comer cozidos e grelhados.
- Beber bastante água durante o dia. ( pelo menos 1,5L)
- Evitar doces
- Evitar bebidas gaseificadas

# Exercício físico

- O exercício físico ajuda a “queimar” a glicose que se encontra a mais no sangue.
- Os diabéticos não devem fazer exercício físico em jejum

# Os medicamentos

- Podem ser via oral (comprimidos) ou injectável (insulina).

# Como controlar a diabetes?

- O controlo da diabetes depende do que se come e do que se gasta
- Pequenas refeições dão pequenas cargas de açúcar de cada vez
- O exercício físico ajuda a gastar os excessos
- Controlar o peso
- Medir os níveis de glicose na urina ou no sangue
- Medir pressão arterial
- Controlar o colesterol e triglicéridos
- Vigiar os pés
- Consultar o oftalmologista



# Excesso de peso – Obesidade



O excesso de peso atinge pessoas de todas as idades, mais mulheres do que os homens.

Os indivíduos com excesso de peso têm maior risco de sofrer várias perturbações como:

- Colesterol elevado
- Triglicéridos elevados
- Hipertensão arterial
- Enfarte agudo do miocárdio
- Acidente vascular cerebral
- Diabetes
- Artroses
- Cancro do útero, mama e do intestino grosso

Porque se tem peso em  
excesso?



## Factores constitucionais ou genéticos (tendência para acumular gorduras)

A vida moderna introduz factores capazes de alterar o mecanismo do apetite como:

- Sedentarismo
- Stress
- Alimentação com alta concentração de calorias e gorduras
- Este desequilíbrio entre os alimentos consumidos e as necessidades energéticas do organismo levam ao aumento de peso

Ter peso a mais significa que existe um desequilíbrio entre o que se come e a energia que se despende.

Os alimentos em excesso são transformados em gordura que é armazenada em várias partes do corpo e pode ser causa de muitas doenças.



# Excesso de peso e alimentação

- ***Erros alimentares:***
  - Excesso de gorduras na alimentação
  - O consumo exagerado de produtos açucarados
  - Álcool
- Adaptar o número de calorias

# Excesso de peso e falta de exercício físico

- **O exercício físico regular:**

Leva a um maior consumo de calorias

Ajusta o apetite às necessidades do organismo

Proporciona uma sensação de bem estar

Opõe-se à perda muscular que inevitavelmente acompanha as dietas de emagrecimento em pessoas sedentárias

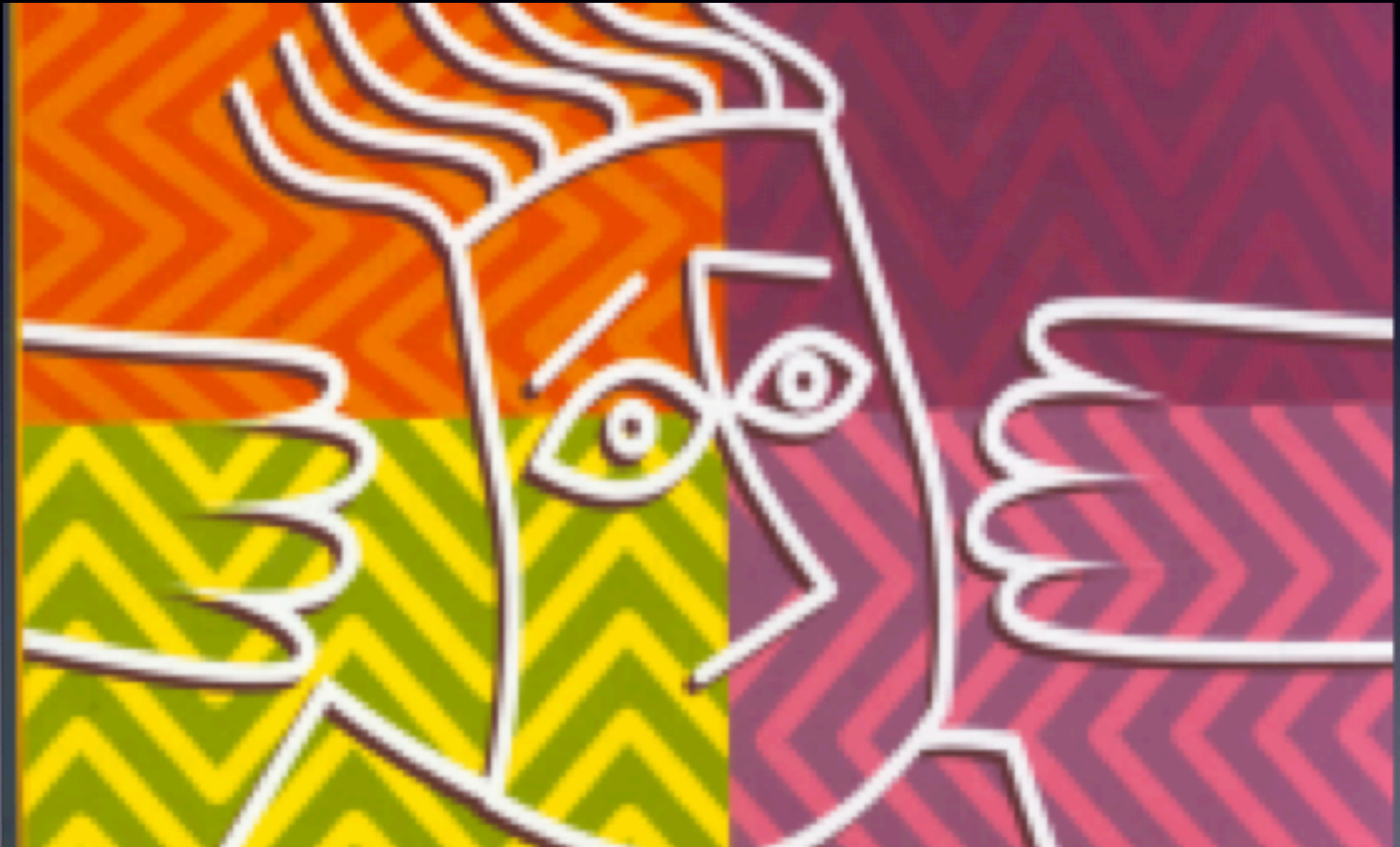
# Como reduzir o peso?

- **Estabelecer os objetivos:**  
Porquê perder peso?  
Qual o peso que queremos atingir e em quanto tempo?
- **Plano para a redução do peso**  
Plano alimentar ou dieta  
Plano de exercício físico
- Identificar as dificuldades
- Controlar a perda de peso



# Stress

O stress tem sido frequentemente relacionado com diversas doenças e constitui um factor de risco cardiovascular



# Como reage o corpo ao stress?

- O corpo humano está preparado para reagir física e não mentalmente a situações de stress
- Se ameaça for emocional surgem reacções fisiológicas:
  - coração bate mais depressa
  - A respiração fica mais profunda e rápida
  - Os músculos ficam tensos
  - A pele transpira para arrefecer o corpo
  - As pupilas dilatam
  - O nível do açúcar no sangue aumenta

# Como reage o nosso coração ao stress?



- Qualquer tipo de stress, ao activar a resposta corporal de luta aumenta a pressão arterial e a frequência cardíaca.

# Efeitos cardiovasculares do stress a longo prazo



- A ansiedade e o stress constituem factores de risco importantes no desenvolvimento de doença cardiovascular

# Como reconhecer situações de stress?

- O que é stressante para um de nós pode não ser para outro
- Podemos considerar algumas situações de stress:
  - As corridas diárias para os transportes públicos
  - Ficar retido numa fila de trânsito
  - Os conflitos frequentes no emprego
  - Sentimento de ser humilhado, frustrado
  - Dificuldade financeira
  - Perda de alguém próximo afectivamente
  - Mudança repentina como o casamento, mudança de casa ou emprego etc
  - Doenças graves prolongadas

# Quais são os sintomas que nos devem alertar?

Há várias alterações que geralmente se associam a perturbações fisiológicas relacionadas com o stress:

- Sensação asfixia
- Dores de cabeça frequentes
- Pressão arterial elevada
- Palpitações e tremores
- Dores de estômago e azia
- Insónias
- Disfunção sexual

## A nível psicológico podem surgir :

- Dificuldade de concentração
- Ansiedade e angústia
- Medo
- Tristeza

## Alterações do comportamento:

- Isolamento
- Menor rendimento no trabalho
- Irritabilidade fácil
- Aumento do consumo de tabaco ou bebidas alcoólicas
- Início ou aumento de consumo de medicamentos ansiolíticos ou sedativos

# Como lidar com o stress?

Na nossa sociedade lidar com o stress pode ser conseguido de formas diferentes:

- Evitar acontecimentos stressantes da vida
- Não permitir que certos acontecimentos se tornem stressantes
- Encontrar respostas adequadas
- Procurar o relaxamento e diversão

# Que outras medidas para reduzir o stress?

Existem algumas medidas simples que podem ser muito importantes:

- Horários regulares, respeitando as horas de sono
- Alimentação saudável
- Exercício físico regular
- Evitar os excitantes como o café, chá, álcool e tabaco
- Favorecer as relações interpessoais família amigos e colegas

# Tabaco



# Tabaco

- O tabaco põe em risco a saúde e a vida
- O tabaco é causa de doenças cardiovasculares como enfarte agudo do miocárdio, angina de peito e acidente vascular cerebral
- O tabaco aumenta o risco de vir a sofrer de cancro do pulmão e de muitas outras formas de cancro

# Esclarecimentos

- As doenças respiratórias como a bronquite crónica e enfisema, são mais frequentes nos fumadores
- As úlceras do estômago e duodeno também podem estar relacionadas com o tabaco e mais difíceis de tratar nos fumadores
- As mulheres grávidas que fumam podem ter bebés de pouco peso, prematuros ou morte do feto
- As mulheres fumadoras que tomam a pílula têm mais acidentes cardiovasculares
- **O tabaco é a principal causa e evitável de doença e morte prematura**



**RESULTADOS DO RASTREIO REALIZADO DIA  
17 DE MAIO DE 2010 NO HOSPITAL SÃO  
TEOTÓNIO DE VISEU - EPE**

## **INTRODUÇÃO**

Os rastreios de risco das Doenças Coronárias, são tentativas de detecção de doença coronária não identificada e de identificação de doentes em risco com probabilidades de sofrerem de doença coronária no futuro.

O objectivo é identificar os doentes de risco, atenuar a evolução da doença coronária e iniciar terapêutica médica.

## **METODOLOGIA**

A metodologia engloba a:

“descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. A metodologia tem de ser suficientemente detalhada e clara de forma a permitir futuras repetições em qualquer laboratório ou estação de medida. Desta forma, além dos procedimentos, deve conter os equipamentos, os instrumentos e as condições ambientais. Os responsáveis pela sua descrição de uma metodologia devem ser experientes no assunto, pois detalhes a menos podem invalidar repetições.” (Prazeres, 1996 cit. in Imperatori, 1999).

### **Variáveis**

No processo de análise estatística, o investigador depara-se sempre com “algo” que precisa medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação. Este “algo” designa-se por variável. Assim, o objecto do estudo estatístico é as variáveis e a informação que estas podem fornecer.

*As variáveis são:*

- Sexo
- Idade
- Massa de índice corporal
- Valores de colesterol
- Valores de pressão arterial
- Valores de glicemia

## **População**

Em terminologia estatística este termo possui um significado ligeiramente diferente do correntemente utilizado.

Segundo Prazeres, população é a:

“totalidade de itens, unidades de produto ou serviço, ou medições que estejam em consideração e a respeito dos quais se procura alguma informação . Qualquer conjunto finito ou infinito de itens, objectos ou indivíduos que apresentem pelo menos um característica em comum. Essa característica em comum deve delimitar inequivocamente quais os elementos que pertencem à população e quais os que não pertencem. Grupo de peças similares de qual uma amostra é recolhida para finalidade de ensaio ou a respeito do qual deve ser tomada uma decisão.” (Prazeres , 1996 cit. in Imperatori, 1999).

Depois de identificada a população do estudo é ainda necessário definir como vão ser seleccionadas os sujeitos ou objectos que constituem a amostra. Para Fortin a amostra é:

“um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo. (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.” (Fortin, 1999).

No presente estudo a amostra ficou constituída por 90 utentes.

## **Procedimento**

Foram rastreados aleatoriamente, o local do rastreio foi no átrio do Hospital São Teotónio de Viseu, EPE no dia 17 de Maio, das 11 horas às 16 horas. Foram avaliadas, a pressão arterial, glicemia, colesterol, índice de massa corporal (IMC).

## **Operacionalização das variáveis**

### **Sexo**

Para avaliar esta variável nominal é levantada uma pergunta de resposta fechada e única:

- Masculino
- Feminino

### **Idade**

É uma variável quantitativa, que foi avaliada através de uma questão aberta, sendo os dados agrupados em faixas etárias.

- \* < 40 anos
- \* 41 – 50 anos
- \* 51 – 60 anos
- \* > 60 anos

### **Índice de massa corporal**

Para avaliar esta variável quantitativa foi agrupado e classificado:

- < 20 – Magreza
- 20 – 25 – Normal
- 25 – 30 – Excesso de peso
- 30 – 35 – Obesidade grau I
- 35 – 40 – Obesidade grau II
- > 40 – Obesidade grau III

### **Colesterol**

Para avaliar esta variável quantitativa foi agrupado:

< 150	Hipocolesterolémia
150 – 200	Normocolesterolémia
> 200	Hipercolesterolémia

## **Pressão arterial**

Para avaliar esta variável quantitativa foi agrupado segundo classificação da Fundação Portuguesa de Cardiologia:

### Sistólica

< 120 mmHg	Hipotensão
120 – 139 mmHg	Hipertensão
140 – 159 mmHg	Hipertensão grau I
160 mmHg ou mais	Hipertensão grau II

### Diastólica

< 80 mmHg	Hipotensão
80 – 89 mmHg	Hipertensão
90 – 99 mmHg	Hipertensão grau I
100 mmHg ou mais	Hipertensão grau II

### Glicemia

< 80 mg / dl	Hipoglicemia
80 – 120 mg / dl	Normoglicemia
> 120 mg / dl	Hiperglicemia

## RESULTADOS:

No quadro 1 estão representadas as estatísticas referentes às variáveis quantitativas presentes no nosso estudo. De onde salientamos médias, desvio padrão, mínimos e máximos para cada uma delas.

**Quadro 1** – Estatísticas referentes às variáveis numéricas

<b>Estatísticas</b>				
	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
idade	56,21	14,690	19	88
PA_1 <sup>a</sup>	136,28	18,971	84	177
PA_2 <sup>a</sup>	76,34	12,181	44	103
Colesterol	179,91	32,236	<150	275
Glicémia	111,90	27,407	63	220
Peso	71,8667	13,38115	47,00	103,00
Altura	1,6228	,07546	1,45	1,80
IMC	27,0739	4,70726	18,00	42,00

Pela análise da tabela seguinte, e no que se refere ao género masculino, constatamos que 31,3% destes apresentam Hipertensão sistólica grau I, seguidos de 28,1% com Hipertensão sistólica. Apenas 3,1% possuem Hipotensão sistólica. Já no que se refere ao sexo oposto, 41,4% desta sub-amostra são Hipertensas (sistólica) e 31,0% Hipertensas (sistólica) grau I. Nenhum dos elementos do género feminino apresenta Hipotensão sistólica.

**TABELA 1** – Distribuição da amostra segundo a PA sistólica e o sexo

		Sexo			
		Masculino	Feminino	Total	
cl_TAS	Hipotensão	Count	1	0	1
		% within Sexo	3,1%	,0%	1,1%
	Normal	Count	4	13	17
		% within Sexo	12,5%	22,4%	18,9%
	Hipertensão	Count	9	24	33
		% within Sexo	28,1%	41,4%	36,7%
	Hipertensão grau I	Count	10	18	28
		% within Sexo	31,3%	31,0%	31,1%
	Hipertensão grau II	Count	8	3	11
		% within Sexo	25,0%	5,2%	12,2%
Total		Count	32	58	90
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Relativamente à idade de acordo com a Pressão arterial sistólica, verifica-se o domínio dos Normotensos sistólicos na 1ª classe etária. Nos utentes com 41-50 anos dominam os Hipertensos (sistólica). Nos utentes de 51-60 anos e com mais de 60 anos dominam os Hipertensos sistólicos grau I com 43,5% e 35,1% respectivamente. É ainda de referir que o único Hipotenso tem mais de 60 anos, e tendencialmente a Hipertensão mais grave (grau II) aumenta com o aumento da idade.

**TABELA 2 – Distribuição da amostra segundo a PA sistólica e a idade**

		cl_idade					
		<=40	41-50	51-60	>60	Total	
cl_TAS	Hipotensão	Count	0	0	0	1	1
		% within cl_idade	,0%	,0%	,0%	2,7%	1,1%
	Normal	Count	5	3	2	7	17
		% within cl_idade	50,0%	15,0%	8,7%	18,9%	18,9%
	Hipertensão	Count	3	12	8	10	33
		% within cl_idade	30,0%	60,0%	34,8%	27,0%	36,7%
	Hipertensão grau I	Count	2	3	10	13	28
		% within cl_idade	20,0%	15,0%	43,5%	35,1%	31,1%
	Hipertensão grau II	Count	0	2	3	6	11
		% within cl_idade	,0%	10,0%	13,0%	16,2%	12,2%
Total		Count	10	20	23	37	90
		% within cl_idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Pela análise da tabela seguinte, e no que se refere aos que fumam, constatamos que 50,0% destes apresentam Hipertensão sistólica. Já no que se refere aos não fumadores, 35,4% desta sub-amostra são Hipertensos (sistólica), seguidos de 32,9% Hipertensos (sistólica) grau I e 19,5% de Normotensos.

**TABELA 4** – Distribuição da amostra segundo a PA sistólica e o consumo de tabaco

		Tabaco			
		Sim	Não	Total	
cl_TAS	Hipotensão	Count	0	1	1
		% within Tabaco	,0%	1,2%	1,1%
	Normal	Count	1	16	17
		% within Tabaco	16,7%	19,5%	19,3%
	Hipertensão	Count	3	29	32
		% within Tabaco	50,0%	35,4%	36,4%
	Hipertensão grau I	Count	1	27	28
		% within Tabaco	16,7%	32,9%	31,8%
	Hipertensão grau II	Count	1	9	10
		% within Tabaco	16,7%	11,0%	11,4%
Total		Count	6	82	88
		% within Tabaco	100,0%	100,0%	100,0%

Relativamente ao sexo de acordo com a Pressão arterial diastólica, verifica-se o domínio dos Normotensos diastólicos no sexo feminino. Os utentes do sexo feminino dominam os Hipertensos (diastólica). Os utentes do sexo masculino dominam os Hipertensos diastólicos grau I com 12,5% e. É ainda de referir que o sexo masculino domina Hipotensão com 12,5% e a Hipertensão mais grave (grau II) respectivamente com 6,3%.

**TABELA 5** – Distribuição da amostra segundo a PA diastólica e o sexo

		Sexo			
		Masculino	Feminino	Total	
cl_TAD	Hipotensão	Count	4	3	7
		% within Sexo	12,5%	5,2%	7,8%
	Normal	Count	15	33	48
		% within Sexo	46,9%	56,9%	53,3%
	Hipertensão	Count	7	17	24
		% within Sexo	21,9%	29,3%	26,7%
	Hipertensão grau I	Count	4	5	9
		% within Sexo	12,5%	8,6%	10,0%
	Hipertensão grau II	Count	2	0	2
		% within Sexo	6,3%	,0%	2,2%
Total		Count	32	58	90
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Relativamente à idade de acordo com a Pressão arterial diastólica, verifica-se o domínio dos Normotensos diastólicos nos utentes com 51-60. Nos utentes com 51-60 anos dominam os Hipertensos (diastólica) e os Hipertensos diastólicos grau I com 39,1% e 17,4% respectivamente. É ainda de referir não existe Hipotensos na faixa etária dos 41-50. Hipertensão mais grave (grau II), é verificada na mesma faixa etária com 5,0%.

**TABELA 6** – Distribuição da amostra segundo a PA diastólica e a idade

		cl_idade					
		<=40	41-50	51-60	>60	Total	
cl_TAD	Hipotensão	Count	1	0	1	5	7
		% within cl_idade	10,0%	,0%	4,3%	13,5%	7,8%
	Normal	Count	6	12	9	21	48
		% within cl_idade	60,0%	60,0%	39,1%	56,8%	53,3%
	Hipertensão	Count	2	5	9	8	24
		% within cl_idade	20,0%	25,0%	39,1%	21,6%	26,7%
	Hipertensão grau I	Count	1	2	4	2	9
		% within cl_idade	10,0%	10,0%	17,4%	5,4%	10,0%
	Hipertensão grau II	Count	0	1	0	1	2
		% within cl_idade	,0%	5,0%	,0%	2,7%	2,2%
Total		Count	10	20	23	37	90
		% within cl_idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Pela análise da tabela seguinte, e no que se refere aos que fumam, constatamos que 83,3% são Normotensos e 16,7% apresentam Hipertensão grau I (diastólica). Já no que se refere aos não fumadores, 29,3% desta sub-amostra são Hipertensos (diastólica), seguidos de 9,8% e 2,4% Hipertensos (diastólica) grau I e grau II respectivamente e 50% de Normotensos.

**TABELA 8** – Distribuição da amostra segundo a PA diastólica e o consumo de tabaco

		Tabaco			Total
		Sim	Não		
cl_TAD	Hipotensão	Count	0	7	7
		% within Tabaco	,0%	8,5%	8,0%
	Normal	Count	5	41	46
		% within Tabaco	83,3%	50,0%	52,3%
	Hipertensão	Count	0	24	24
		% within Tabaco	,0%	29,3%	27,3%
	Hipertensão grau I	Count	1	8	9
		% within Tabaco	16,7%	9,8%	10,2%
	Hipertensão grau II	Count	0	2	2
		% within Tabaco	,0%	2,4%	2,3%
Total		Count	6	82	88
		% within Tabaco	100,0%	100,0%	100,0%

Relativamente ao sexo de acordo com o colesterol, verifica-se Normocolesterolémia no sexo feminino com 53,4%. Em relação aos utentes do sexo masculino podemos constatar que 31,3% apresentavam Hipocolesterolémia.

**TABELA 9** – Distribuição da amostra segundo o colesterol e o sexo

			Sexo		
			Masculino	Feminino	Total
cl_colesterol	Hipocolesterolémia	Count	10	14	24
		% within Sexo	31,3%	24,1%	26,7%
	Normocolesterolémia	Count	16	31	47
		% within Sexo	50,0%	53,4%	52,2%
	Hipercolesterolémia	Count	6	13	19
		% within Sexo	18,8%	22,4%	21,1%
Total		Count	32	58	90
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Constatamos pela TABELA 10 que a faixa etária dos 41-50 anos apresentam Hipocolesterolémia com 45%, já com idades superiores a 60 apresentam valores de colesterol normais 64,4%, com Hipercolesterolémia encontra-se a faixa etária 51-60.

**TABELA 10** – Distribuição da amostra segundo o colesterol e a idade

			cl_idade				Total
			<=40	41-50	51-60	>60	
cl_colesterol	Hipocolesterolémia	Count	4	9	4	7	24
		% within cl_idade	40,0%	45,0%	17,4%	18,9%	26,7%
	Normocolesterolémia	Count	4	8	11	24	47
		% within cl_idade	40,0%	40,0%	47,8%	64,9%	52,2%
	Hipercolesterolémia	Count	2	3	8	6	19
		% within cl_idade	20,0%	15,0%	34,8%	16,2%	21,1%
Total		Count	10	20	23	37	90
		% within cl_idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pela análise da TABELA 11 podemos constatar que os utentes com excesso de peso apresentavam Normocolesterolémia com 68,4%, com peso normal Hipocolesterolémia com 33,3%, já as pessoas com peso normal, 33,3% apresentaram Hipercolesterolémia.

**TABELA 11** – Distribuição da amostra segundo o colesterol e o IMC

		cl_IMC							
		Magreza	Normal	Excesso de peso	Obesidade grau I	Obesidade grau II	Obesidade grau III	Total	
cl_colesterol	Hipocolesterolémia	Count	1	8	8	5	0	2	24
		% within cl_IMC	25,0%	33,3%	21,1%	29,4%	,0%	50,0%	26,7%
	Normocolesterolémia	Count	1	8	26	8	3	1	47
		% within cl_IMC	25,0%	33,3%	68,4%	47,1%	100,0%	25,0%	52,2%
	Hipercolesterolémia	Count	2	8	4	4	0	1	19
		% within cl_IMC	50,0%	33,3%	10,5%	23,5%	,0%	25,0%	21,1%
Total		Count	4	24	38	17	3	4	90
		% within cl_IMC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pela análise da TABELA 12, podemos constatar que a maioria dos utentes não fuma. Analisando o colesterol e o consumo de tabaco verifica-se que a maioria dos não fumadores Apresentam Hipocolesterolémia, Normocolesterolémia e Hipercolesterolémia com 26,8%, 53,7% e 19,5% respectivamente

**TABELA 12** – Distribuição da amostra segundo o colesterol e o consumo de tabaco

			Tabaco		
			Sim	Não	Total
cl_colesterol	Hipocolesterolémia	Count	1	22	23
		% within Tabaco	16,7%	26,8%	26,1%
	Normocolesterolémia	Count	2	44	46
		% within Tabaco	33,3%	53,7%	52,3%
	Hipercolesterolémia	Count	3	16	19
		% within Tabaco	50,0%	19,5%	21,6%
Total		Count	6	82	88
		% within Tabaco	100,0%	100,0%	100,0%

Relativamente ao sexo de acordo com a glicemia, verifica-se o domínio com Hipoglicemia no sexo feminino. Os utentes do sexo masculino apresentam Normoglicemia e Hiperglicemia, com 50% e 46,9% respectivamente.

**TABELA 13** – Distribuição da amostra segundo a glicemia e o sexo

		Sexo			
		Masculino	Feminino	Total	
cl_glicemia	Hipoglicemia	Count	1	6	7
		% within Sexo	3,1%	10,3%	7,8%
	Normoglicemia	Count	16	27	43
		% within Sexo	50,0%	46,6%	47,8%
	Hiperglicemia	Count	15	25	40
		% within Sexo	46,9%	43,1%	44,4%
Total		Count	32	58	90
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Constatamos pela TABELA 14 que a faixa etária dos 41-50 anos apresentam Hipoglicemia com 15%, já com idades inferiores a 40 apresentam Normoglicemia com 70,0%, com Hiperglicemia encontra-se a faixa etária 41-50 com 50%.

**TABELA 14** – Distribuição da amostra segundo a glicemia e a idade

		cl_idade				
		<=40	41-50	51-60	>60	Total
cl_glicemia	Hipoglicemia	Count	1	3	1	2
		% within cl_idade	10,0%	15,0%	4,3%	5,4%
	Normoglicemia	Count	7	7	12	17
		% within cl_idade	70,0%	35,0%	52,2%	45,9%
	Hiperglicemia	Count	2	10	10	18
		% within cl_idade	20,0%	50,0%	43,5%	48,6%
Total		Count	10	20	23	37
		% within cl_idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pela análise da TABELA 15 podemos constatar que os utentes com peso normal apresentavam Hipoglicemia com 16,7%, constatamos que utentes com obesidade grau I apresentavam Normoglicemia com 52,9%, com peso normal Hipocolesterolemia com 3, já os utentes com obesidade grau II apresentam Hiperglicemia com 75%.

**TABELA 15** – Distribuição da amostra segundo a glicemia e o IMC

			cl_IMC						
			Magreza	Normal	Excesso de peso	Obesidade grau I	Obesidade grau II	Obesidade grau III	Total
cl_glicemia	Hipoglicemia	Count	0	4	2	1	0	0	7
		% within cl_IMC	,0%	16,7%	5,3%	5,9%	,0%	,0%	7,8%
	Normoglicemia	Count	2	12	18	9	1	1	43
		% within cl_IMC	50,0%	50,0%	47,4%	52,9%	33,3%	25,0%	47,8%
	Hiperglicemia	Count	2	8	18	7	2	3	40
		% within cl_IMC	50,0%	33,3%	47,4%	41,2%	66,7%	75,0%	44,4%
Total		Count	4	24	38	17	3	4	90
		% within cl_IMC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Analisando a glicemia e o consumo de tabaco verifica-se que a maioria dos não fumadores apresentam Normoglicemia com 46,3% e os que fumam 66,7%. Em relação à Hiperglicemia constatamos que não fumadores representam 45,1% e os fumadores 33,3%.

**TABELA 16** – Distribuição da amostra segundo a glicemia e o consumo de tabaco

			Tabaco		
			Sim	Não	Total
cl_glicemia	Hipoglicemia	Count	0	7	7
		% within Tabaco	,0%	8,5%	8,0%
	Normoglicemia	Count	4	38	42
		% within Tabaco	66,7%	46,3%	47,7%
	Hiperglicemia	Count	2	37	39
		% within Tabaco	33,3%	45,1%	44,3%
Total		Count	6	82	88
		% within Tabaco	100,0%	100,0%	100,0%





# STRESS

O stress tem sido frequentemente relacionado com diversas doenças e constitui um factor de risco cardiovascular.

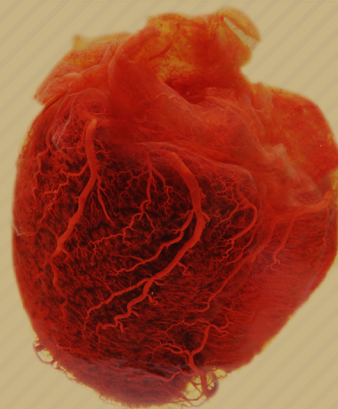
Medidas para reduzir o stress:

- Respeitar horas de sono
- Alimentação saudável
- Exercício físico regular
- Evitar café, chá, álcool e tabaco
- Favorecer as relações interpessoais, família, amigos e colegas



# TABACO

- Põe em risco a saúde e a vida
- É a causa de doenças cardiovasculares
- Aumenta o risco de vir a sofrer de cancro do pulmão



# FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

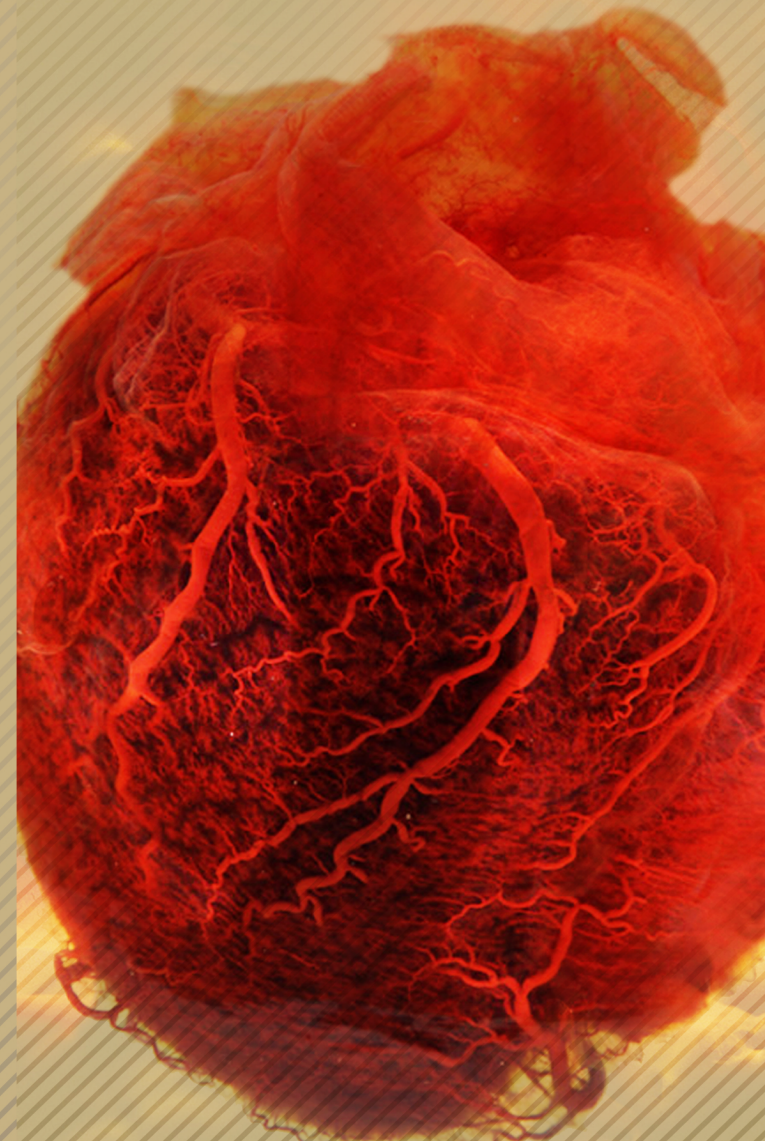
Viseu, Maio 2010

**Anabela Chaves**

Aluna do Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadora: **Prof. Teresa Borges**

# FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES



Viseu, Maio 2010

# FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

São situações que podem facilitar e tornar mais rápido o desenvolvimento de aterosclerose.

## O QUE É ATÉROSCLEROSE?

É quando há formação de placas duras e gordurosas no interior das artérias dificultando a passagem do sangue.

## QUAIS SÃO OS FACTORES DE RISCO?

- Hipertensão arterial
- Colesterol elevado
- Diabetes
- Obesidade
- Stress
- Pouco exercício físico
- Tabaco

## O QUE É HIPERTENSÃO ARTERIAL?

- É a força com que o sangue é bombeado pelo coração.
- É a pressão com que o sangue percorre as artérias mais importantes.

### TRATAMENTO:

- Evitar comer salgados e gorduras
- Alimentação rica em legumes saladas, frutas e peixe
- Evitar fumar
- Fazer exercício físico regular
- Combater o stress

## O QUE É O COLESTEROL?

É uma gordura ou lípido que existe no sangue em todas as células do organismo. Em excesso pode provocar a formação e crescimento de placas de aterosclerose.

### TRATAMENTO:

- Consumo equilibrado de gorduras
- Controlar o excesso de peso
- Aumentar o consumo de frutas, legumes e alimentos com fibra
- Fazer exercício físico regular
- Controlar a hipertensão arterial
- Controlar os hábitos tabágicos
- Medicação

## O QUE É A DIABETES?

É uma doença causada pela falta ou pela ineficácia de insulina (hormona fabricada pelo pâncreas).

### TRATAMENTO:

- Alimentação equilibrada (várias refeições ao longo do dia)
  - Cozidos e grelhados
  - Legumes e saladas
- Evitar doces
- Evitar sumos, fritos e molhos
- Beber bastante água durante o dia (pelo menos 1,5l)
- Praticar exercício físico regular
- Medicação

## OBESIDADE

Os indivíduos com excesso de peso têm maior risco de sofrer várias perturbações como:

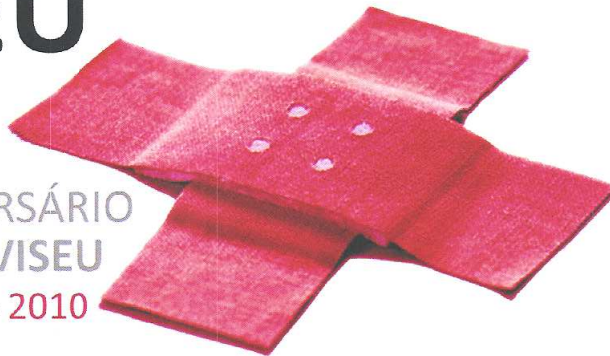
- Colesterol elevado
- Hipertensão arterial
- Enfarte Agudo do Miocárdio
- Acidente Vascular Cerebral
- Diabetes

# ANEXO 5

Documentos relativos ao “1º Congresso  
de Emergência de Viseu”



# CONGRESSO de EMERGÊNCIA de VISEU



10º ANIVERSÁRIO  
V.M.E.R.-VISEU

14|15|16 Outubro 2010

Apoio Científico



Apoio Institucional



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que **ANABELA FERREIRA CHAVES CORREIA GONÇALVES** participou no 1º Congresso de Emergência de Viseu, realizado no Instituto Politécnico de Viseu nos dias 15 e 16 e Outubro de 2010, com a duração de 12 horas.

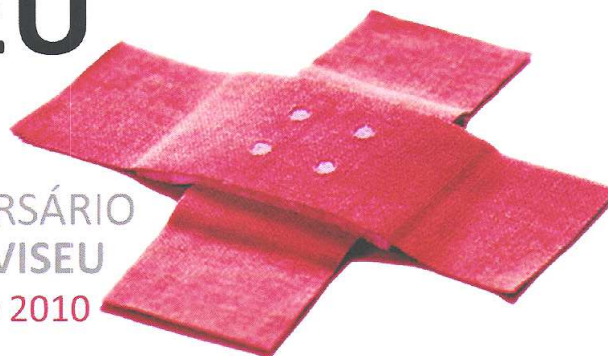
Viseu, 16 de Outubro de 2010

Miguel Sequeira  
Presidente da Comissão Organizadora

# 10º CONGRESSO de EMERGÊNCIA de VISEU

10º ANIVERSÁRIO  
V.M.E.R.-VISEU

14|15|16 Outubro 2010



Apoio Científico



Apoio Institucional



## CERTIFICADO

Certifica-se que o trabalho “VIA AÉREA DIFÍCIL” foi apresentado sob a forma de **Poster** no decorrer do 1º Congresso de Emergência de Viseu, realizado no Instituto Politécnico de Viseu nos dias 15 e 16 e Outubro de 2010.

Este trabalho tem como autores: Anabela Chaves, Carla Almeida, Fernando Silva.

Viseu, 16 de Outubro de 2010

Miguel Sequeira  
Presidente da Comissão Organizadora

# VIA AÉREA DIFÍCIL

Alunos do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Chaves, Arabela; Almeida, Carla; Silva, Fernando  
Universidade Católica Portuguesa



## INTRODUÇÃO

Considera-se Via Aérea Difícil (VAD) quando há e/ou conseguida ventilação adequada e/ou intubação orotraqueal por um profissional experiente (ASA - American Society of Anesthesiologists).

Intubação difícil é quando há necessidade de mais de três tentativas ou duração superior a dez minutos para o correcto posicionamento do tubo traqueal, utilizando-se de laringoscopia convencional (ASA).

Estima-se que intubações difíceis ocorram em cerca de 0,05-0,35% da população cirúrgica. A manipulação inadequada da via aérea é responsável por 30% das mortes de causa eminentemente anestésica, razão pela qual vários países elaboraram protocolos de actuação (Chaves, 2009).

Torna-se fundamental reconhecer a existência de uma via aérea difícil (VAD); prevê-la com valorização clínica, treino para a resolução e material específico organizado.

## CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA VIA AÉREA (VA)

Crítérios / Parâmetros	Sugestão de intubação difícil
História de intubação difícil	
Comprimento dentes incisivos superiores	Compridos/Longos.
Distância interincisiva	Menor que 3cm.
Felção entre incisivos maxilares e mandibulares	Arcada superior protusa (Incisivos durante o encerramento normal dos maxilares anteriores aos mandibulares).
Mobilidade mandibular	Doente não consegue trazer os incisivos mandibulares à frente dos incisivos maxilares.
Espaço mandibular	Pequeno.
Complacência espaço mandibular	Ocupado por massa ou pouco elástico.
Classificação de mallampati-Samsoon-Young	Grau IV - Língua grande, úvula não visível. Não é visível quando a língua é protráida com o doente em posição sentada.
Conformação do palato	Muito arqueado e estreito
Distância tiromentoniana	Menor que 6 cm.
Distância mento-esternal	Menor que 12 cm.
Mobilidade cervical	Incapacidade de tocar com o queixo no tórax ou extensão do pescoço.
Longitude/comprimento e perímetro cervical	Pescoço curto e largo.

## DISPOSITIVOS DE ABORDAGEM DA VAD



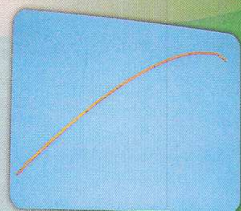
**Máscara facial e ambu**  
Dispositivo de acesso rápido para manter a via aérea.  
Pré-oxigenação do doente.  
Assistência ventilatória inicial no paragem cardio-respiratória.



**Máscara laringea**  
Independente na manipulação de via aérea difícil, dispensa laringoscopia.  
Rápido no acesso e controle da VA.  
Indicado em situação de emergência "não intubo, não ventilo" como um dispositivo salva-vidas. Dispensa relaxantes musculares.



**Combitube / Tubo Laringeo**  
Alternativa à ML. Introdução rápida sem laringoscopia.  
Permite adequada ventilação independentemente da sua posição (esofágica ou traqueal). Diminui o risco de aspiração.  
Movimentos da coluna limitados ou luxações cervicais.



**Boogie**  
Dispositivo auxiliar para intubação traqueal - tipo introduzidor.  
Fácil manuseio.  
Exige pouco treino.



**Fibroscópio**  
Melhor acesso na intubação difícil. Avalia a via aérea antes da intubação.  
Evidente visualização da via aérea. Útil na intubação esofágica ou endobronquial. Menos traumática.



**Mc Coy**  
Linha de laringoscopia com ponte articulada de forma a melhorar a exposição da laringe.



**Glide Scope**  
Fornece uma clara visão em tempo real da via aérea.  
Permite intubação rápida e precisa.



**Cricotiroidotomia**  
Último recurso no algoritmo de VAD.  
Ajuda a tornar "life saving".

O enfermeiro tem um papel activo em todo o processo que envolve o manuseamento da VA, permitindo uma actuação rápida, eficaz, segura e com qualidade. É fundamental que o enfermeiro:

- Conheça os meios ao seu dispor no seu local de trabalho.
- Saiba as indicações e funcionamento dos dispositivos existentes.
- Verifique, mantenha, ordene e prepare os equipamentos e material acessório, para evitar riscos associados pela possibilidade da ocorrência de falhas.
- Saiba reconhecer uma VAD à observação do doente.
- Conheça as manobras facilitadoras da ventilação e intubação.
- Conheça o algoritmo de VAD.
- Saiba actuar em conformidade numa situação de VAD.
- Colabore eficaz e eficientemente em todos os procedimentos e manobras, de acordo com as suas competências.
- Promova um ambiente seguro para o doente e equipa.
- Actue em equipa.



### Cartão do Utente (VAD)

Cartão adoptado pelo Hospital de São Teotónio, E.P.E. de Viseu, para utentes que apresentam Via Aérea Difícil.

### Considerações Finais

A avaliação da VA deve ser sempre realizada, pois a falha de identificação da via aérea potencialmente difícil pode levar a situações em que pode não ser possível ventilar nem oxigenar o doente (Teixeira, 2009).

Mais importante do que conseguir intubar é conseguir ventilar.

A actuação em equipa deve ser eficaz e eficiente, com uma padronização de procedimentos e equipamentos.

Lançamos o desafio na elaboração de um carro de via aérea difícil, na medida em que disponibiliza todos os elementos necessários à sua abordagem.

# ANEXO 6

Urgências Oftalmológicas: Casuística do  
Serviço de Urgência - HSTV

*Urgências*

*Oftalmológicas :*

*Casuística do Serviço*

*de Urgência do*

*Hospital São Teotónio*

*de Viseu - EPE*

# URGÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS: CASUÍSTICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HSTV

A actuação da equipa de profissionais da saúde num Serviço de Urgência exige uma acção articulada e coordenada entre Médicos e Enfermeiros de forma atender as necessidades do doente. As urgências oftalmológicas não são excepção, na nossa opinião um pouco esquecida.

No Hospital São Teotónio a cobertura de especialidade oftalmológica é diária numa média de 4h a 8h.

Sendo o nosso Hospital uma urgência polivalente, sentimos a necessidade de saber que tipo de urgências oftalmológicas recebemos. Para além disso, uma prática de enfermagem correcta deve ir ao encontro às necessidades do doente que procura o nosso serviço de urgência.

Propusemo-nos realizar um trabalho que tem como objectivo identificar e analisar as causas mais frequentes de vinda à urgência. O método utilizado foi exploratório.

A amostra por nós colhida foi a população que recorreu à urgência no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2009, foram atendidos 5045 doentes e esta foi a população alvo do trabalho.

Resultados obtidos:

Desta nossa amostra 4182 (82,9%) foram observados por um oftalmologista, 565 (11,2%) foram observados por outras especialidades e 298 (5,9%) foram transferidos para o Hospital Universidade de Coimbra.

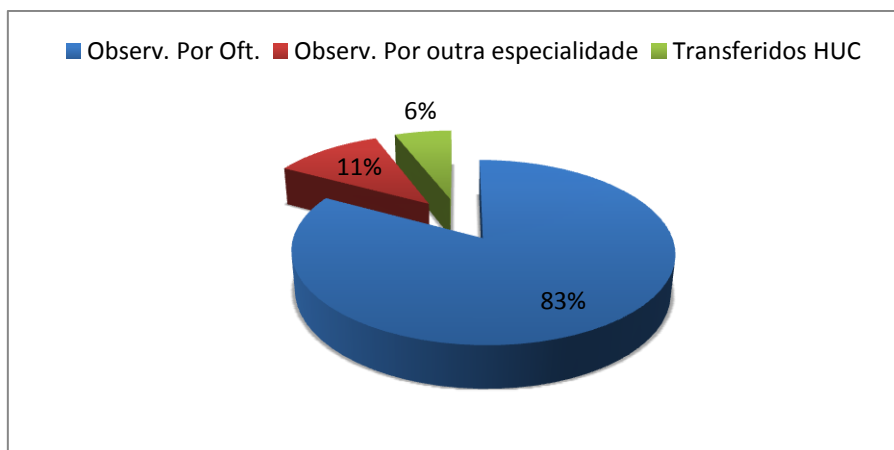


Gráfico: Distribuição dos doentes observados

Em relação ao sexo, os homens foram quem mais recorreram ao serviço de urgência, cerca de 3009 e 2036 mulheres.

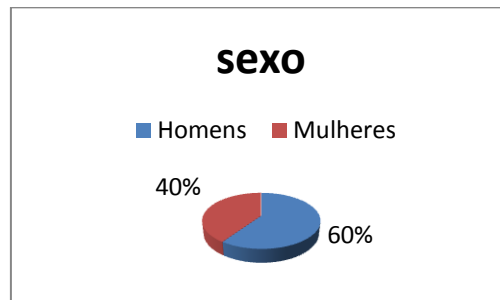


Gráfico: Sexo

Em relação à faixa etária podemos constatar que recorreram mais ao serviço de urgência indivíduos do sexo masculino entre 35-39 anos. As mulheres recorreram mais ao serviço de urgência nas idades compreendidas entre 70-74 anos.

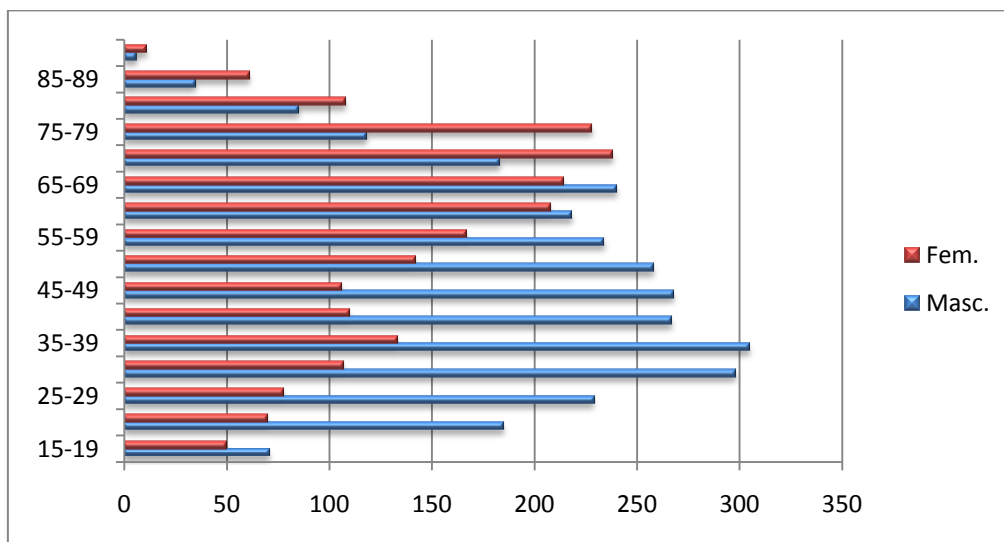


Gráfico: Faixa etária/sexo

Em relação à causa da visita ao serviço de urgência podemos constatar que DOENÇA foi a maioria dos casos (cerca de 3572 indivíduos).

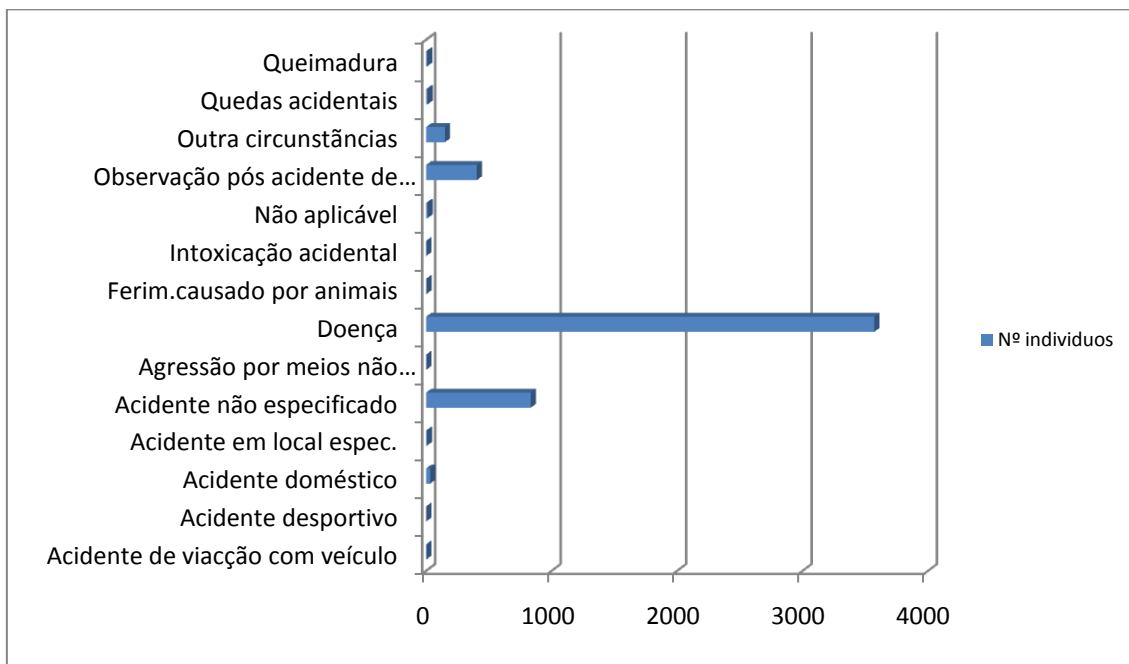


Gráfico: Causa da visita

Podemos analisar qual o discriminador /razão pelo qual os doentes foram triados, constatámos que o discriminador DOR e DOR MODERADA seguido de OLHO VERMELHO foram os mais utilizados.

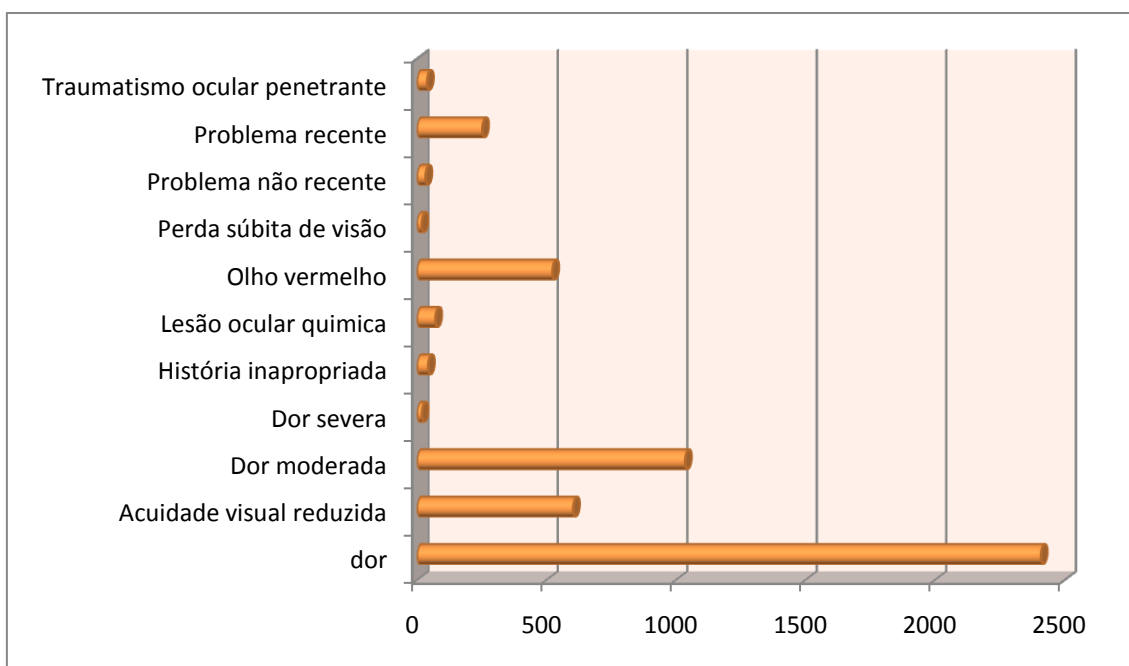


Gráfico: Discriminador/Razão (última triagem)

Em relação à cor atribuída após triagem podemos verificar que a cor verde foi a mais atribuída, seguido dos amarelos.

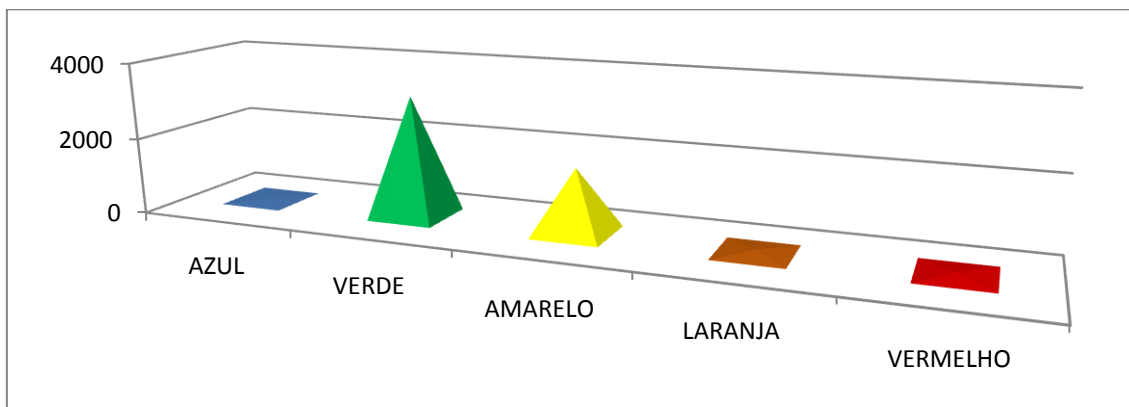


Gráfico: Cor última triagem

Em relação aos 298 doentes que foram transferidos para os HUC podemos constatar que entre as 19h-20h é a hora em que se consta maior número de doentes transferidos (35 doentes) e entre as 8h-9h apenas foi transferido um doente.

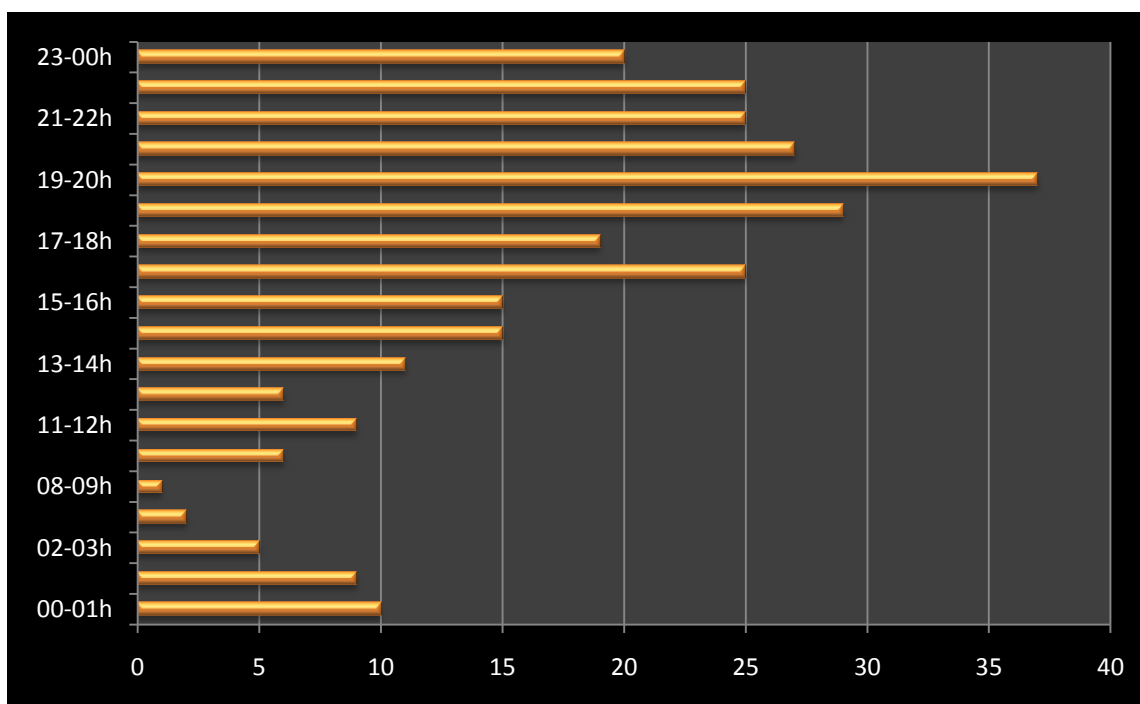


Gráfico: Número de doentes transferidos para os HUC

Exmº Sr. Presidente do Conselho  
De Administração do Hospital São  
Teotónio EPE

**Assunto:** Consulta de dados no programa Alert

Anabela Ferreira Chaves Correia Gonçalves, enfermeira graduada com o nº Mec. 4129, a exercer funções no Bloco operatório e aluna do 3º Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, a estagiar no Serviço de Urgência Geral (SUG), pretende desenvolver um trabalho submetido a temática “Urgências Oftalmológicas”.

Consciente da ética e do zelo inerentes às funções que desempenha, vem por este meio solicitar a Vossa Exa. se digne autorizar o acesso a estes dados, indicando a entidade, serviço ou responsável a quem se deve dirigir para obtenção dos mesmos.

Viseu, 25 de Outubro de 2010

Pede deferimento

---

# ANEXO 7

“Guia Prático de Oftalmologia”

# GUIA PRÁTICO DE OFTALMOLOGIA



**Anabela Ferreira Chaves Correia Gonçalves** - Aluna do Mestrado em Enfermagem -  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

WISEU 2010

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
INTRODUÇÃO	
ANATOMIA E FISIOLOGIA DO OLHO	4
PERDA SÚBITA DE VISÃO INDOLOR	6
PERDA SÚBITA DE VISÃO DOLOROSA	8
PERDA SÚBITA DE VISÃO PROGRESSIVA CRÓNICA	9
PATOLOGIAS DAS PÁLPEBRAS	11
PATOLOGIAS DA CONJUNTIVA	24
PATOLOGIAS DA CórNEA	30
PATOLOGIAS DO CRISTALINO	40
UVEÍTE	44
RETINA	47
GLAUCOMA	60
PATOLOGIAS DA ÓRBITA	62
TRAUMATISMOS OCULARES	67
ADMINISTRAÇÃO DE COLÍRIOS E POMADAS	82
AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DO TRAUMA OCULAR	83
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com o aumento da qualidade da informação, dos avanços tecnológicos e do avanço da ciência médica em matéria de diagnóstico e tratamento, tornou-se possível prevenir e tratar patologias oftalmológicas outrora incapacitantes.

As patologias oftalmológicas podem, por um lado provocar diminuição da acuidade visual, e, por outro, se não houver tratamentos, levar à perda parcial ou total da visão.

A diminuição da acuidade visual é causada, fundamentalmente, por defeitos refractivos passíveis de correcção óptica, como é o caso da miopia, da hipermetropia, do astigmatismo, da presbiopia e da retinopatia diabética.

Da mesma forma, inúmeras patologias como o trauma ocular, o glaucoma agudo as conjuntivites e outras são consideradas urgências oftalmológicas por requererem tratamento célere.

A medicina oftalmológica para além de ter a particularidade muito própria de estudar o paradigma oftalmológico permite ao oftalmologista diagnosticar e tratar quase todas as patologias identificadas. Assim, introduzimos algumas imagens neste pequeno guia para melhor completarem a semântica do texto.

Esperamos, pois, com esta sinopse, ter posto à disposição de todos os prestadores de cuidados uma ferramenta de consulta prática, útil e fácil.

## ANATOMIA E FISIOLOGIA DO OLHO

Na avaliação de doentes do foro oftalmológico, é fundamental uma abordagem estruturada. Os globos oculares estão alojados dentro de cavidades ósseas denominadas órbitas, compostas pelos ossos frontal, maxilar, zigomático, esfenóide, etmóide, lacrimal e palatino. Ao globo ocular encontram-se associadas estruturas como: pálpebras, supercílios (sobrancelhas), conjuntiva, músculos e aparelho lacrimal, conhecidas como anexos do globo ocular.

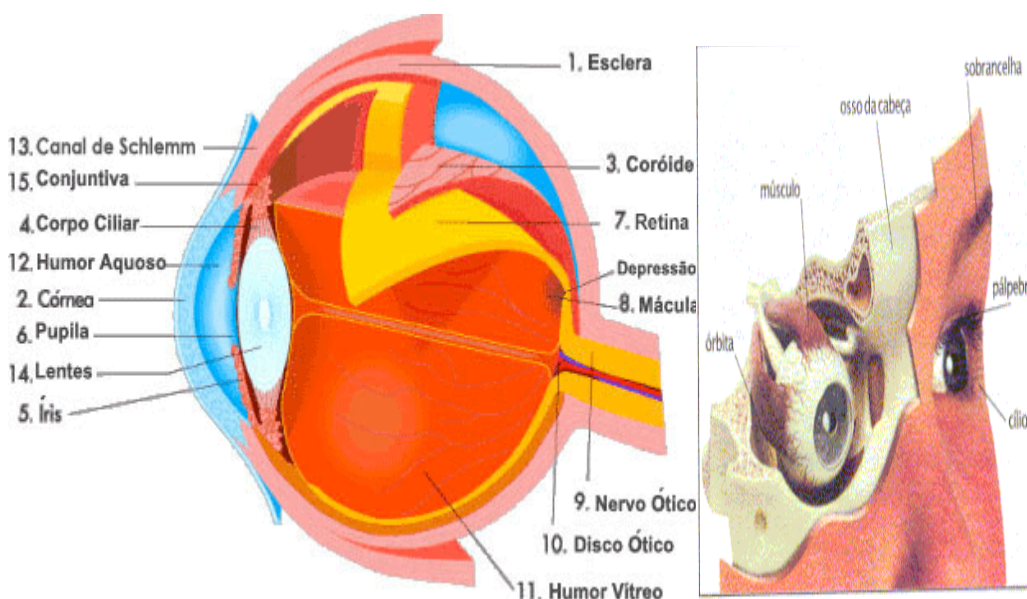


Fig.1 - Anatomia do olho

O globo ocular é composto por três túnicas e de quatro meios transparentes:

### Túnicas:

- **Túnica fibrosa externa: esclerótica.** Túnica resistente de tecido fibroso e elástico que envolve externamente o olho (globo ocular) A maior parte da esclerótica é opaca e chama-se esclera, onde estão inseridos os músculos extra-oculares que movem os globos oculares, dirigindo-os ao objectivo visual. A parte anterior da esclerótica chama-se **córnea**. É transparente e actua como uma lente convergente.
- **Túnica intermédia vascular pigmentada: úvea.** Compreende a **coróide**, o **corpo ciliar** e a **íris**. A coróide está situada abaixo da esclerótica e é intensamente pigmentada. Esses pigmentos absorvem a luz que chega à retina, evitando a reflexão. Intensamente vascularizada e tem função de nutrir a retina.

Possui uma estrutura muscular de cor variável – a íris, a qual é dotada de um orifício central cujo diâmetro varia, de acordo com a iluminação do ambiente – a pupila.

A coróide une-se na parte anterior do olho ao corpo ciliar, estrutura formada por musculatura lisa e que envolve o cristalino, modificando sua forma.

- **Túnica interna nervosa: retina.** É a membrana mais interna revestindo internamente a coróide. É composta por várias camadas celulares, designadas de acordo com o grupo celular prevalente e posicional relativa na espessura retiniana.

### Meios transparentes:

- **Córnea:** porção transparente da túnica externa (esclerótica); é circular no seu contorno e de espessura uniforme. Sua superfície é lubrificada pela lágrima, segregada pelas glândulas lacrimais e drenada para a cavidade nasal através dos pontos lacrimais, pela via lacrimal.

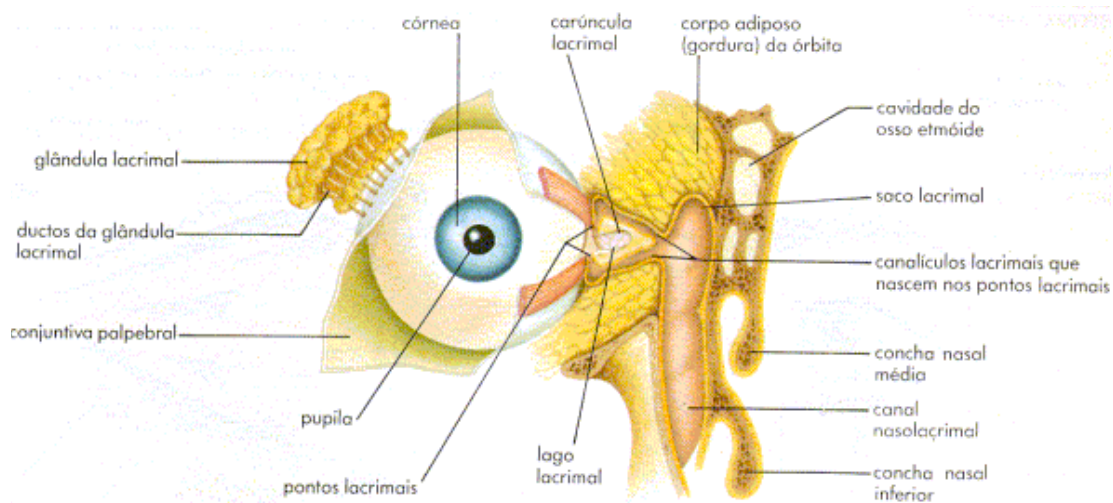


FIG.2- Anatomia do olho

- **Humor aquoso:** fluido aquoso situado entre a córnea e o cristalino, preenchendo a câmara anterior do olho.
- **Cristalino:** lente biconvexa coberta por uma membrana transparente. Situado atrás da pupila, orienta a passagem da luz até a retina. Divide o interior do olho em dois compartimentos contendo fluidos diferentes. O cristalino fica mais espesso para a visão de objectos próximos e, mais delgado para a visão de objectos mais distantes, permitindo que nossos olhos ajustem o foco para diferentes distâncias visuais. A essa propriedade do cristalino dá-se o nome de acomodação visual. Com o envelhecimento, o cristalino pode perder a transparência normal, tornando-se opaco, facto a que chamamos catarata.
- **Humor vítreo:** fluido mais viscoso e gelatinoso que se situa entre o cristalino e a retina, preenchendo a câmara posterior do olho. Sua pressão mantém o globo ocular esférico. O globo ocular apresenta, ainda: as **pálpebras**, os **cílios**, as **sobrancelhas** ou supercílios, as **glândulas lacrimais** e os **músculos oculares**. As pálpebras são estruturas de pele revestidas internamente por uma membrana chamada conjuntiva. Servem para proteger os olhos e espalhar sobre eles o líquido que conhecemos como lágrima. Os cílios ou pestanas impedem a entrada de poeira e de excesso de luz nos olhos, e as

sobrancelhas impedem que o suor da testa entre neles. As glândulas lacrimais produzem lágrimas continuamente. Esse líquido, espalhado pelos movimentos das pálpebras, lava e lubrifica o olho. Quando choramos, o excesso de líquido desce pelo canal lacrimal e é despejado nas fossas nasais, em direcção à fossa nasal.

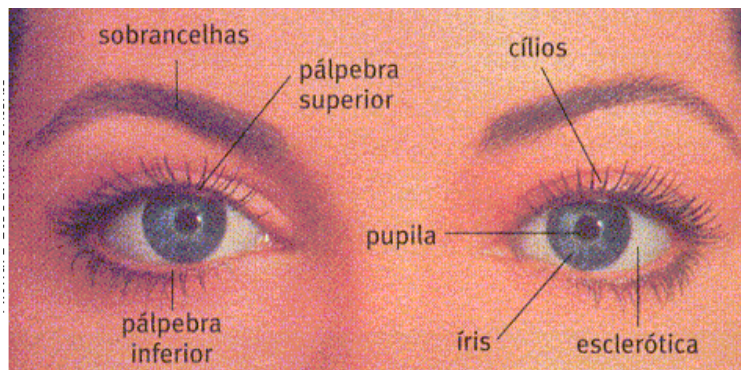


Fig.3 – Globo ocular

## PERDA SÚBITA DE VISÃO | INDOLOR

**A perda súbita de visão, indolor.** Em caso de perda súbita de visão indolor, não ocorre injeção conjuntival. O que se segue, fornece informações sobre este tipo de distúrbios.

HISTÓRIA ADICIONAL	CARACTERÍSTICAS-CHAVE NO EXAME
<p><b>Hemorragia do vítreo</b></p> <p>O doente refere a sensação de teias de aranha a obstruírem a visão, ou vê “moscas volantes”, recentes. Doenças sistémicas associadas incluem a diabetes ou a anemia das células falciformes.</p>	<p>Se a hemorragia do vítreo for extensa, observam-se reflexo vermelho diminuído e má visualização da retina. Hemorragias ligeiras poderão ser difíceis de ver com o oftalmoscópio por método directo.</p>
<p><b>Descolamento da retina</b></p> <p>Ocorre geralmente em indivíduos com grande miopia, a seguir a uma cirurgia ou traumatismo ocular. No início pode ser precedido de sintomas agudos de fotópsias ou miodesópsias (“moscas volantes”). O doente refere perda do campo visual ou como uma cortina a cobrir-lhe parte da visão.</p>	<p>Pode ser difícil reconhecer o descolamento com oftalmoscópio, pelo método directo.</p>

<b>HISTÓRIA ADICIONAL</b>	<b>CARACTERÍSTICAS-CHAVE NO EXAME</b>
<p><b>Oclusão arterial retiniana</b></p> <p>A oclusão é provocada por êmbolos, e pode estar associada a doença da carótida e doença cardíaca valvular. Pode também estar associada a episódios anteriores de uma nuvem que interfere na visão mas que, por fim, volta ao normal. A perda visual é abrupta e quase completa.</p>	<p>Com oclusão da artéria central da retina a visão está muitas vezes limitada a movimentos da mão ou percepção da luz. Os êmbolos podem ser visualizados nas arteríolas da retina. Com oclusão da artéria central da retina, ocorre branqueamento difuso da retina e, na mácula, existe uma mancha vermelho-cereja.</p>
<p><b>Oclusão venosa retiniana</b></p> <p>Na maior parte dos casos, a oclusão está associada a hipertensão e, raramente, a discrasias sanguíneas</p>	<p>A oclusão resulta de trombose das veias retinianas. As veias estão distorcidas e dilatadas e visualizam-se hemorragias dispersas.</p>
<p><b>Degenerescência macular exsudativa</b></p> <p>A degenerescência macular ocorre geralmente nos idosos (acima dos 60 anos) e pode agravar-se, progressivamente durante vários dias. Está associada a distorção anómala das linhas direitas (metamorfopsia).</p>	<p>Observa-se hemorragia retiniana na região macular.</p>
<p><b>Neuropatia óptica isquémica</b></p> <p>A perda visual geralmente é rápida. Este problema está muitas vezes associado a arterite das células gigantes, e os doentes podem ter sintomas de claudicação mandibular, sensibilidade no couro cabeludo, dor na região cervical e perda de peso. Pode estar associado a HTA e diabetes.</p>	<p>Existe defeito pupilar aferente relativo, A cabeça do nervo óptico, ao exame com oftalmoscópio, apresenta-se edemaciado.</p>

<p><b>Nevrite óptica</b></p> <p>Geralmente, ocorre perda visual por vários dias. Poderá haver dor, com o movimento ocular. Este distúrbio está normalmente associado a esclerose múltipla (na faixa etária dos 15 aos 45).</p>	<p>Presença de defeito pupilar aferente relativo. Dois terços dos doentes têm o disco óptico normal; um terço apresenta edema.</p>
<p><b>Enfarte cerebral</b></p> <p>Poderá se reportada história de doença vascular, ou AVC, anteriores.</p>	<p>Geralmente, ocorre perda bilateral do campo visual. Se o enfarte envolver o lobo occipital, a acuidade visual poderá se reduzida. Os achados, no exame ocular, são normais.</p>

## PERDA SÚBITA DE VISÃO | DOLOROSA

O conjunto de distúrbios, a seguir referidos, provoca perda de visão aguda e estão associados a dor forte. Além disso, também ocorre, geralmente, injeção acentuada da conjuntiva, em resultado da inflamação ocular.

<b>HISTÓRIA ADICIONAL</b>	<b>CARACTERÍSTICAS-CHAVE NO EXAME</b>
<p><b>Úlcera da córnea</b></p> <p>Geralmente, é referida história recente de traumatismo ou uso de lente de contacto. O facto de se dormir com lentes aumenta o risco de desenvolvimento de úlcera infecciosa da córnea.</p>	<p>O exame com a lâmpada de fenda pode revelar abrasão da córnea, mas uma infiltração prematura na córnea pode ser difícil de identificar. À medida que a infecção avança, vê-se infiltração branca na córnea.</p>

<p><b>Uveíte</b></p> <p>A origem da uveíte é, muitas vezes, idiopática. Entre as doenças sistémicas comumente associadas, contam-se a sarcoidose, a sífilis, a tuberculose.</p>	<p>A pupila pode ser pequena, “preguiçosa” ou não reagir à luz. Observa-se injeção conjuntival circular à volta da córnea. O reflexo vermelho pode estar diminuído, nomeadamente com edema da córnea e inflamação do vítreo. Geralmente é unilateral mas pode afectar os dois olhos.</p>
<p><b>Glaucoma agudo de ângulo fechado</b></p> <p>Ocorre com maior frequência nos hipermetropes. Pode ser precipitado por catarata avançada. Uma crise aguda pode ser precedida de antecedentes de visão enevoada, halos à volta de luzes e dor precipitada por situações de escurecimento. Uma pressão intra-ocular acentuadamente elevada pode causar cefaleias, náuseas ou vômitos.</p>	<p>Na sua forma aguda, é sempre unilateral. O olho está vermelho e a pupila em média midríase e não reactiva. Geralmente a visão no início está limitada, devido ao edema da córnea, mas pode vir a ser mais reduzida por lesão do nervo óptico na sequência de pressão intra-ocular elevada, por período prolongado. A pressão intraocular chega a registar valores acima de 50mmHg.</p>
<p><b>Endoftalmite</b></p> <p>A maior parte dos casos de endoftalmite estão associados a recente cirurgia ou trauma ocular. Uma outra causa, mais rara, é a endógena.</p>	<p>Além da visão acentuadamente diminuída e de injeção do olho, pode levar a secreção muco purulenta. O reflexo vermelho está diminuído devido a inflamação do vítreo. Na endoftalmite fúngica, o exame do segmento anterior pode revelar achados normais.</p>

## PERDA DE VISÃO PROGRESSIVA CRÓNICA

Os distúrbios, a seguir referidos, provocam perda de visão progressiva crónica.

HISTÓRIA ADICIONAL	CARACTERÍSTICA-CHAVE NO EXAME
<p><b>Erro de refração</b></p> <p>O doente pode já usar lentes de contacto ou óculos.</p>	<p>A acuidade visual é quase normal, quando o doente olha através de um orifício estenopeico.</p>

<p><b>Catarata</b></p> <p>É uma das causas mais comuns de perda de visão progressiva crónica, podendo estar associada a história familiar de cataratas, diabetes ou utilização crónica de corticosteróides.</p> <p>Os doentes podem queixar-se de que vêem imagens múltiplas, quando fixam os objectos com um olho. À medida que a catarata progride, diminui a acuidade visual, enevoando-se a visão.</p>	<p>A acuidade visual pode estar ligeiramente melhorada, no teste do orifício estenopeico. Normais as reacções pupilares. O reflexo vermelho está diminuído e poderá ser difícil visualizar o fundo ocular com o oftalmoscópio pelo método directo.</p>
<p><b>Glaucoma de ângulo aberto</b></p> <p>É mais comum em doentes com história familiar de glaucoma, doentes que sofram de miopia, diabéticos e afro-americanos. A acuidade visual pode permanecer normal até muito tarde, no processo patológico, pelo que os doentes com glaucoma grave podem apresentar-se relativamente assintomáticos.</p>	<p>São significativas uma pressão intra-ocular de 22 mmHg, ou superior e escavação do nervo óptico aumentada.</p>
<p><b>Degenerescência macular atrófica</b></p> <p>A degenerescência macular atrófica observa-se geralmente em pessoas de mais de 60 anos. Pode estar associada a história familiar de degenerescência macular.</p>	<p>No início da doença, vêem-se, no fundo ocular, múltiplos nódulos hialinos, denominados DRUSENS.</p> <p>Com doença em estado avançado, ocorre atrofia da retina, que deixa grande cicatriz, ou área atrófica no centro da mácula.</p>
<p><b>Tumor cerebral</b></p> <p>Presentes cefaleias, náuseas ao acordar, e vários sintomas e sinais neurológicos.</p>	<p>O padrão da perda do campo visual varia com a localização do tumor. Os tumores atrás do quiasma óptico não produzem atrofia do nervo óptico ou deficiências pupilares aferentes. Os que envolvem o quiasma, ou estejam dentro do nervo óptico, produzem deficiências pupilares aferentes e atrofia do nervo óptico.</p>

## PATOLOGIAS DAS PÁLPEBRAS

No adulto, o bordo palpebral superior geralmente situa-se num ponto entre o limbo superior (junção corneal escleral) e o bordo pupilar superior. O bordo da pálpebra inferior aloja-se ao longo do limbo inferior. Na maior parte dos indivíduos, a pálpebra superior tem claramente um prega onde se inserem as fibras do músculo elevador; esta zona está coberta com uma pequena dobra cutânea. Na pálpebra inferior também pode existir uma prega mas menos bem definida que a pálpebra superior. As duas pálpebras juntam-se nos ângulos medial e lateral.

O tarso é formado por tecido conjuntivo denso, que constitui o esqueleto da pálpebra e está ligada aos bordos orbitários pelos tendões cantais medial e lateral.



Fig.4 – Pálpebra

A elevação da pálpebra superior é, basicamente, trabalho do músculo elevador (enervado pelo III par), assistido pelo músculo de Muller (com inervação simpática). Paralisia do III par resultará numa pálpebra moderadamente descaída, conhecida por ptose. A paralisia do sistema simpático resultará igualmente numa pálpebra ligeiramente descaída.

O músculo orbicular, inervado pelo VII par craniano, é responsável pelo pestanejo involuntário e pelo encerramento palpebral. As pálpebras estão separadas da órbita pelo septo orbitário, uma membrana fibrosa cuja função é prevenir a disseminação de infecções superficiais para dentro da órbita.

## ECTROPION

O ectropion é uma doença em que a pálpebra se vira para fora e não entra em contacto com o globo ocular.



Fig.5 - Ectropion

### SINTOMAS

- Irritação, sensação de queimadura, e sensação de corpo estranho.
- Ocorre lacrimejo por mau posicionamento dos pontos lacrimais.

### SINAIS

- Observa-se bordo palpebral evertido, muitas vezes com um espaço visível entre o globo e a pálpebra.

### ETIOLOGIA

- Involutiva – o distúrbio é causado por laxidão da pálpebra inferior ( o que se verifica com o envelhecimento).
- Cicatricial – o distúrbio é causado por fibrose cicatricial nos tecidos da pálpebra inferior.
- Paralítico – o distúrbio é causado por paralisia do VII par.
- Mecânico - o distúrbio é causado por uma massa sobre a pálpebra inferior ou na face.
- Raramente tem origem congénita.

### TRATAMENTO

- Geralmente é cirúrgico.

## ENTROPION

O entropion é uma doença em que a pálpebra se vira sobre si mesma contra o globo ocular.

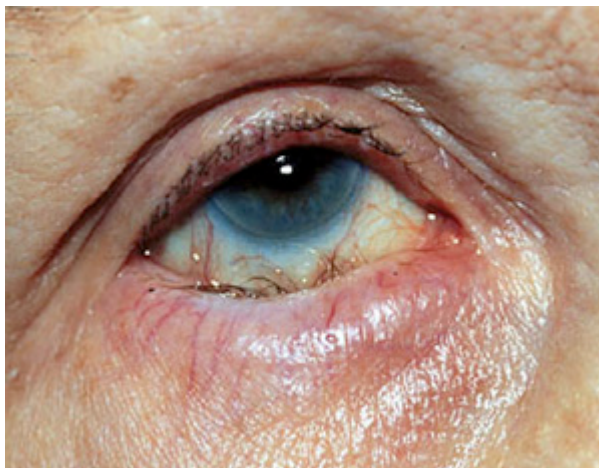


Fig.6 - Entropion

### **SINTOMAS**

- Irritação, sensação de queimadura, sensação de corpo estranho.
- Lacrimejo por abrasão das pestanas no globo.

### **SINAIS**

- Observa-se inversão do bordo da palpebral.

### **ETIOLOGIA**

- Involutiva – o distúrbio é causado por laxidão da pálpebra inferior, o que se verifica com o envelhecimento.
- Cicatricial – é causado por cicatriz na superfície da conjuntiva, do tipo que se verifica com queimadura química.
- Raramente é congénito.

### **TRATAMENTO**

- Correção cirúrgica.

## TRIQUIASE

A triquíase é uma doença que consiste no desvio do crescimento das pestanas para dentro, ou seja, em direcção ao globo ocular. Pode ser congénito ou adquirido e a pálpebra normalmente conserva a sua posição normal.



Fig.7 - Triquíase

### **SINTOMAS**

- Irritação, sensação de queimadura, sensação de corpo estranho.
- Existe lacrimejo por abrasão das pestanas no globo.

### **SINAIS**

- As pestanas, em bordo palpebral com posicionamento normal, apresentam-se mal direccionadas posteriormente.

### **ETIOLOGIA**

- Espontânea – o distúrbio afecta geralmente uma ou duas pestanas isoladas, e muitas vezes ocorre no local de um hordéolo anterior.
- 

### **PATOLOGIAS ASSOCIADAS**

- O distúrbio pode coexistir com entropion cicatricial.

## **PTOSE**

A ptose palpebral é representada pela queda da pálpebra superior, podendo ser de origem congénita ou adquirida. O normal é que a pálpebra superior cubra apenas de 1 a 2 mm da porção superior da córnea.



Fig.8- Ptose da pálpebra

### **SINTOMAS**

- Obstrução do campo visual superior.
- A leitura torna-se difícil, sendo a ptose adquirida geralmente mais grave no olhar fixo para baixo.
- O doente tem preocupações estéticas com a pálpebra.
- Se for congénita ou adquirida na primeira infância, muitas vezes está presente ambliopia.

### **SINAIS**

- A pálpebra superior está em posição anormalmente baixa.

### **ETIOLOGIA**

- Congénita – o distúrbio geralmente resulta de malformação do músculo elevador.
- Adquirida – existe adelgaçamento ou desinserção da aponevrose do músculo elevador.
- Paralisias do III par
- 

### **TRATAMENTO**

- No caso de lesões congénitas ou adquiridas, efectua-se cirurgia para fortalecimento da aponevrose do músculo ou para fazer ressecção do mesmo.
- Se as causas forem outras, trata-se o problema base.

## QUERATOSE SEBORREICA

A queratose seborreica é um tipo de lesão benigna na pele, muito comum em pessoas a partir dos 40 anos de idade. As lesões parecem verrugas, porém não têm origem viral e podem apresentar uma variedade de cores, desde o rosa, amarelo e preto.



Fig.9 - Queratose seborreica

### **SINTOMAS**

- Geralmente, os doentes são assintomáticos.
- Ocorre prurido ocasional.

### **SINAIS**

- A lesão está bem demarcada com pigmentação variável.
- Pode existir lesão pediculada.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Os diagnósticos incluem:
  - *Nevus*
  - *Carcinoma de células basais*
  - *Melanoma*

### **TRATAMENTO**

- São lesões benignas, que geralmente não requerem tratamento.
- Se, esteticamente as lesões forem indesejáveis, poderá fazer-se biopsia superficial ou excisão.

### **XANTELASMA**

Xantelasma é uma doença da pele que se apresenta como um conjunto de pequenas bolsas amareladas ligeiramente salientes, situadas nas pálpebras e constituídas por depósitos de colesterol. É um indicador importante de insuficiência hepática, por desregulação do metabolismo lipídico.



Fig.10 - Xantelasma

### **SINTOMAS**

- Geralmente, os doentes são assintomáticos.
- O distúrbio é deformidade estética.

### **SINAIS**

- Existe lesão uni ou bilateral, amarela, semelhante a placa.
- A lesão situa-se na área medial das pálpebras superior ou inferior.

### **ETIOLOGIA**

- Geralmente é de origem idiopática.

### **FACTORES E PATOLOGIAS ASSOCIADAS**

- Afecta indivíduos na meia-idade e mesmo idosos e predominantemente mulheres.
- Pode estar associada a hiperlipidemia ou a diabetes.

### **TRATAMENTO**

- Faz-se excisão cirúrgica da pele envolvida.
- Quando a lesão é extensa, pode ser necessária reconstrução palpebral complexa (blefaroplastia).

## **BLEFARITE**

Blefarite é uma inflamação, não contagiosa das pálpebras. É normalmente caracterizada pela produção excessiva de uma camada lipídica, gerada por uma glândula encontrada na pálpebra, criando condições favoráveis para o crescimento bacteriano.



Fig.11 - Blefarite

### **SINTOMAS**

- Irritação, sensação de queimadura, sensação de corpo estranho.
- Lacrimejo excessivo, fotofobia e visão embaçada intermitente.

### **SINAIS**

- Eritema do bordo lacrimal.
- Depósitos tipo caspa, nas pestanas.
- Escamas fibrinosas à volta das várias pestanas.
- Perda de pestanas.
- Presente, conjuntivite ligeira recorrente.
- Secreções pastosas.

### **ETIOLOGIA**

- Podem ocorrer três tipos de blefarite:
  - Seborreica, muitas vezes associada a caspa nas sobrancelhas e no couro cabeludo.
  - Infecção por estafilococos, muitas vezes associada a hordéolos.
  - Disfunção da glândula de Meibomius frequentemente associada a chalázio.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Os diagnósticos incluem:
  - ❖ Neoplasma palpebral infiltrativo
  - ❖ Lúpus eritematoso discóide

### **TRATAMENTO**

- Esfregar diariamente um cotonete embebido em shampoo para bebé, diluído, nos bordos palpebrais, para remoção da escamação.
- Tratamento com antibiótico – aplicar à noite uma pomada antibiótica tópica (por exemplo eritromicina).

***É possível recidivar e, por vezes, apresenta-se resistente ao tratamento.***

## HORDÉOLO

Um hordéolo (conhecido popularmente como treçolho) é um pequeno abscesso que ocorre na borda das pálpebras causado pela inflamação de glândulas sebáceas.

O hordéolo não comporta nenhuma gravidade especial, mas pode ser muito doloroso. A inflamação normalmente é causada por uma infecção bacteriana (*Staphylococcus*) e ocorre com mais frequência em crianças.



Fig. 12 - Hordéolo

### **SINTOMAS**

- Início subagudo de um nódulo eritematoso, muitas vezes ponteagudo, ou pústula, na pálpebra.

### **SINAIS**

- Nódulo eritematoso, doloroso, muitas vezes ponteagudo, na superfície cutânea ou na superfície conjuntival.

### **ETIOLOGIA**

- Causado por infecção por estafilococos de uma glândula sebácea da pálpebra.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Os diagnósticos incluem:
  - ❖ Chalázio

- ❖ Quisto de inclusão
- ❖ Tumor palpebral

### **TRATAMENTO**

- Aplicar compressas quentes e gotas de antibiótico como as fluoroquinolonas, aplicadas 3 a 4 vezes dia.
- Pode ser necessário fazer incisão e drenagem.

## **CHALÁZIO**

Chalázio é o nome dado ao quisto da pálpebra causado pela inflamação de uma das glândulas que produzem material sebáceo (glândulas de Meibomius) localizadas nas pálpebras superior e inferior. Às vezes é confundido com o hordéolo que também aparece como uma tumefação na pálpebra. É uma reacção inflamatória, não é causada pela presença de bactérias embora possa infectar posteriormente.



Fig.13 - chalázio

### **SINTOMAS**

- Geralmente, os doentes são assintomáticos ou apresentam nódulo palpebral minimamente sensível.

### **SINAIS**

- Nódulo firme, bem demarcado, mesmo por baixo do bordo palpebral.
- Coloração acinzentada na superfície conjuntival.

### **ETIOLOGIA**

- Inflamação lipogranulomatosa, crónica, de uma glândula de meibomius.
- É mais comum com disfunção da glândula de Meibomius.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Os diagnósticos incluem:
  - ❖ Hordéolo
  - ❖ Quisto de inclusão
  - ❖ Tumor palpebral

### **TRATAMENTO**

- O tratamento inicial consiste em aplicar frequentemente compressas quentes.
- O tratamento intermédio consiste em injeção de triamcinolona ou dexametasona.
- O tratamento final inclui marsupialização da glândula de meibomius.

## **DERMATITE DE CONTACTO**

Dermatite de contacto é uma inflamação causada pelo contacto com uma determinada substância. A erupção fica confinada a uma área específica e costuma ser bem delimitada.



Fig.14 - Dermatite

### **SINTOMAS**

- Prurido ou dor, generalizados, na pálpebra.

### **SINAIS**

- Em casos agudos, eritema e edema da pálpebra.
- Em casos crónicos, escamação.
- Em geral a inflamação tem um bordo bem delimitado.

### **ETIOLOGIA**

- Pólen, poeiras, produtos químicos e cosméticos são agentes causais.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Dermatite atópica
- Dermatite seborreica
- Psoríase
- Celulite pré-septal

### **TRATAMENTO**

- Aconselhar o doente a não contactar com a causa suspeita.
- Aplicar na pálpebra pomada com corticosteróide e/ou creme hidratante.

## PATOLOGIAS DA CONJUNTIVA

A conjuntiva é uma membrana mucosa, fina e transparente que reveste a superfície interior das pálpebras e a superfície exterior do olho. Na conjuntiva, há glândulas que produzem os componentes da película lacrimal, logo uma conjuntiva sã é essencial para se ter uma superfície corneana sã. A conjuntiva também serve de barreira contra a infecção. As duas estruturas conjuntivais importantes são a prega semilunar e a carúncula.

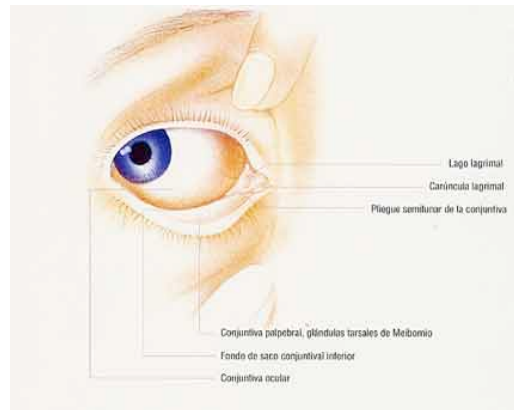


Fig.15 - Conjuntiva

### Conjuntivite viral

A conjuntivite viral, é causada por vírus semelhante ao vírus da gripe. A pessoa é contaminada após ter contacto com alguém doente ou com algum objecto que contenha o vírus.

A infecção geralmente demora alguns dias para se desenvolver e pode durar até três semanas. Infelizmente ainda não existe nenhum tratamento específico para a conjuntivite viral, não são aconselhados colírios de corticóides ou antibiótico a não ser em raros casos, quando indicados pelo Oftalmologista. O uso incorrecto destes colírios pode piorar o quadro.

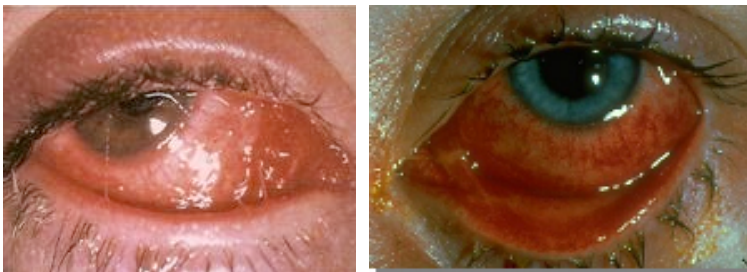


Fig.16 - Conjuntivite viral

### **SINTOMAS**

- Rubor, lacrimejo, dor e desconforto generalizado.
- O outro olho também pode ficar afectado 3 a 7 dias depois do primeiro, na maior parte dos casos os sintomas são menos graves.

### **SINAIS**

- Injecção difusa da conjuntiva com secreção aquosa.
- Em casos graves, observa-se eritema e edema das pálpebras.

### **ETIOLOGIA**

- A causa é infecção por adenovírus.

### **TRATAMENTO**

- A doença é auto limitada.
- Trata-se os sintomas do doente, geralmente com compressas frias, lágrimas artificiais e um vasoconstritor/anti-histamínico.
- Ensino ao doente sobre o contágio (altamente contagioso).

## **Conjuntivite bacteriana**

A conjuntivite bacteriana é altamente contagiosa, por isso o doente deve lavar as mãos antes e após lavar o olho ou aplicar a medicação prescrita pelo médico.

Na conjuntivite bacteriana, a secreção produzida no olho, pode ser espessa, branca ou purulenta.



Fig.17 - Conjuntivite Bacteriana

### **SINTOMAS**

- Rubor, irritação e aderência das pálpebras.

### **SINAIS**

- No fórnix e no bordo palpebral observa-se exsudato mucopurulento.
- Em caso de conjuntivite difusa pode existir eritema e edema das pálpebras.

### **ETIOLOGIA**

- Qualquer bactéria pode causar conjuntivite, os agentes mais comuns são *staphylococcus aureus*.

### **TRATAMENTO**

- Antibioterapia de largo espectro
- É preferível utilizar gotas em vez de pomada (a pomada pode causar visão enevoadada).

## **Conjuntivite por clamídias, no adulto**

É uma doença sexualmente transmitida, típica em adultos jovens. Período de incubação 2 a 19 dias.



Fig.18- Conjuntivite por clamídias

### **SINTOMAS**

- Rubor, sensação de corpo estranho, lacrimejo e fotossensibilidade.
- Início agudo ou subagudo.
- Infecção genital.

### **SINAIS**

- Na maioria dos casos é unilateral.

### **ETIOLOGIA**

- A inoculação ocular geralmente resulta de infecção por clamídias.
- Existe injeção difusa da conjuntiva com secreção muco purulenta escassa.
- Observa-se reacção folicular na conjuntiva.
- Possível adenopatia pré-auricular.

### **TRATAMENTO**

- A farmacoterapia inclui tetraciclina oral ou doxiciclina.
- O tratamento tópico consiste na aplicação de pomada de eritromicina.
- Os parceiros sexuais também devem fazer o tratamento.

## **Conjuntivite alérgica**

A conjuntivite alérgica é uma inflamação de origem alérgica da conjuntiva. A sensibilização, que é uma exposição a um determinado antígeno que provoca uma reacção de hipersensibilidade, também pode ocorrer quando se utilizam gotas e pomadas para os olhos, cosméticos, como marcador dos olhos ou pó facial, ou produtos químicos que chegam aos olhos através dos dedos (como pode acontecer quando alguém trabalha com produtos desse tipo). Estas reacções, que geralmente afectam a pele da pálpebra e aquela que rodeia o olho, são exemplos de dermatite de contacto.



Fig.19- Conjuntivite Alérgica

### **SINTOMAS**

- Prurido intenso.

- **SINAIS**
- Na maioria dos casos é bilateral.
- Infecção ligeira da conjuntiva.
- Secreção mucóide viscosa.

#### **FACTORES E PATOLOGIAS ASSOCIADAS**

- Geralmente, o distúrbio é sazonal, ocorrendo muitas vezes em indivíduos com antecedentes de doença atópica.
- Algumas alergias (por exemplo pêlo de animais, poeiras, pólenes) podem estimular reacção de hipersensibilidade do tipo I.

#### **TRATAMENTO**

- Avaliação da alergia sistémica.
- Administrar anti-histamínicos tópicos e sistémicos.

## **Conjuntivite associada a blefarite**

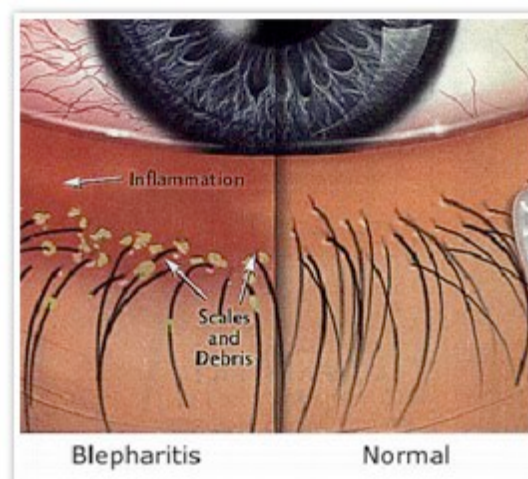


Fig.20- Conjuntivite Associada a blefarite

### **SINTOMAS**

- Sensação de queimadura, prurido e sensação de corpo estranho.

### **SINAIS**

- Injecção e inflamação difusas do bordo palpebral envolvendo as glândulas de meibomius.
- Raramente há vascularização da córnea
- O distúrbio é bilateral, mas pode ser assimétrico.

### **ETIOLOGIA**

- Podem ocorrer três tipos distintos de blefarite, que podem causar conjuntivite:
  - Seborreia
  - Infecção por estafilococos
  - Disfunção da glândula de meibomius

### **FACTORES E PATOLOGIAS ASSOCIADAS**

- A blefarite é uma das causas mais comuns da conjuntivite crónica.
- A disfunção da glândula de meibomius é um distúrbio das glândulas sebáceas frequentemente associada a rosácea, que é, por sua vez, uma disfunção de glândulas sebáceas da pele.

### **TRATAMENTO**

- Tratar a blefarite.

## PATOLOGIAS DA CÓRNEA

A córnea é o elemento básico de refração do olho, pelo que qualquer perturbação na transparência da córnea tem como resultado alteração da visão. A córnea tem cinco camadas: o epitélio, a camada de Bowman, o estroma, a membrana de Descemet e o endotélio. A córnea tem um diâmetro de cerca de 12 mm e uma espessura central de 0,5 mm. A córnea periférica tem cerca de 0,65 mm de espessura.

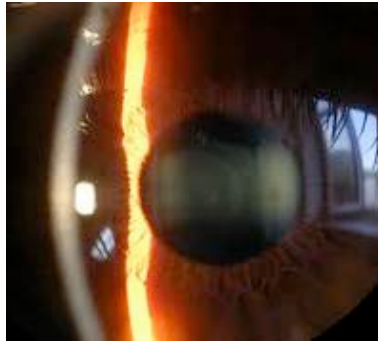


Fig.21 - Córnea

## OLHO SECO

Olho seco é um termo usado para descrever um grupo de diferentes doenças e condições que resultam da humidade e lubrificação inadequadas do olho, por baixa produção de lágrimas ou por má qualidade do filme lacrimal.



Fig.22 -. Olho Seco

### **SINTOMAS**

- Sensação de corpo estranho, irritação, seca e rubor ligeiro.
- Pode agravar-se com o passar das horas e podem ser exacerbados por fumos, frio, baixo grau de humidade, vento, uso prolongado do olho sem pestanejo e o uso de lente de contacto.

### **SINAIS**

- Injecção ligeira da conjuntiva, basicamente medial e lateral.
- Produção excessiva de muco.
- O distúrbio é bilateral, embora possa ser ligeiramente assimétrico.
- Na coloração com fluoresceína, observa-se coloração punctiforme da córnea.

### **FACTORES E PATOLOGIAS ASSOCIADAS**

- A maior parte dos casos de olho seco são idiopáticos e ocorrem em indivíduos mais velhos. Nos jovens o uso de lentes de contacto pode precipitar sinais e sintomas de olho seco.
- Uma anomalia palpebral, que resulte em encerramento palpebral deficiente, como a paralisia do VII par craniano e o ectropion, pode levar a exposição e secura da córnea.
- Doenças vasculares do colagénio, como a artrite reumatóide e o lúpus eritematoso sistémico, estão muitas vezes associados ao olho seco.
- Está muitas vezes associado a blefarite.
- A sarcoidose pode causar infiltração da glândula lacrimal, e está associada a olho seco.

### **TRATAMENTO**

- Nos casos ligeiros usar lágrimas artificiais com conservantes.
- Nos casos mais graves, administrar um preparado de lágrimas artificiais sem conservantes.

## HERPES ZOSTER OFTÁLMICO

O herpes-zoster é um vírus que cresce nos nervos e que pode disseminar-se até a pele, produzindo lesões típicas. Esta infecção não afecta necessariamente o olho, mesmo quando ocorre na face. No entanto, quando a divisão oftálmica do quinto nervo craniano (nervo trigémeo) se torna infectada, é possível que a infecção se propague ao olho.



Fig.23 - Herpes zóster oftálmico

### **SINTOMAS**

- Dor, cefaleias e fotofobia.

### **SINAIS**

- Apresenta “rash” vesicular na distribuição da primeira divisão do V par craniano.
- Pode apresentar conjuntivite, uveíte, glaucoma e esclerite.
- Entre as complicações oculares raras, incluem-se a nevrite óptica com resultado de perda de visão e paralisias do nervo craniano com a subsequente diplopia.

### **TRATAMENTO**

- Enviar nas primeiras 24 horas ao oftalmologista.
- O tratamento em geral implica a administração de corticosteróides tópicos.

## Úlcera infecciosa da córnea

Patologia ocular muitas vezes gravíssima, podendo até levar à cegueira. É a destruição das camadas da córnea, causada por agentes infecciosos, traumas ou doenças degenerativas. O tratamento depende da causa e algumas vezes há a necessidade de transplante de córnea.



Fig.24 - Úlcera infecciosa da córnea

### **SINTOMAS**

- Dor, rubor, diminuição da acuidade visual e fotofobia.

### **SINAIS**

- Infiltração densa da córnea com deficiência a nível do epitélio.
- Poderá observar-se uma camada de leucócitos na camada anterior, (hipópion).
- Úlceras da córnea graves podem levar rapidamente à destruição da córnea e perfuração ocular.

### **FACTORES E PATOLOGIAS ASSOCIADAS**

- Geralmente associado a antecedentes de traumatismo, justaposição deficiente das pálpebras, ou uso de lentes de contacto.

### **TRATAMENTO**

- Encaminhar o doente ao oftalmologista, para raspagem da córnea para coloração de Gram e culturas.
- As úlceras bacterianas são muitas vezes tratadas com antibioterapia reforçada, tópica e eventualmente sistémica.

## **PTERIGIO**

O pterígio é uma lesão degenerativa localizada na conjuntiva é caracterizada pelo crescimento progressivo sobre a córnea em direcção à zona pupilar. Quando sintomático tem tratamento cirúrgico.

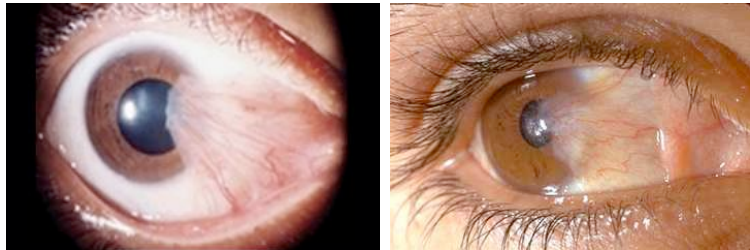


Fig.25 - Pterígio

### **SINTOMAS**

- Geralmente os doentes estão assintomáticos.
- Pode apresentar irritação, rubor e ligeira perturbação na acuidade visual.

### **SINAIS**

- Neoformação fibrovascular que se estende desde a conjuntiva para a córnea.

### **TRATAMENTO**

- Ressecção cirúrgica (pterígio que interfere na visão ou com um desenvolvimento activo).

## CIRURGIA DA CÓRNEA

A córnea é uma estrutura transparente localizada na parte anterior do olho. Ela permite que as imagens do meio externo penetrem no olho e sejam captadas pela retina. Para o bom funcionamento da córnea, é necessário que a mesma tenha transparência satisfatória e curvatura adequada.

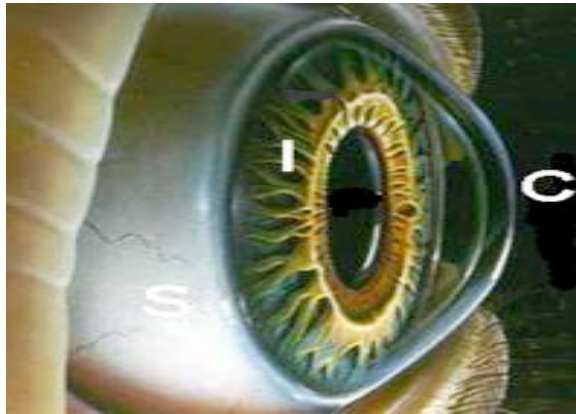


Fig.26 - Localização da córnea (C)

O transplante de córnea é indicado quando a transparência ou a curvatura da córnea estejam alteradas, não permitindo uma boa visão. Ele consiste na substituição da córnea alterada por uma córnea doadora que mantenha boas condições.

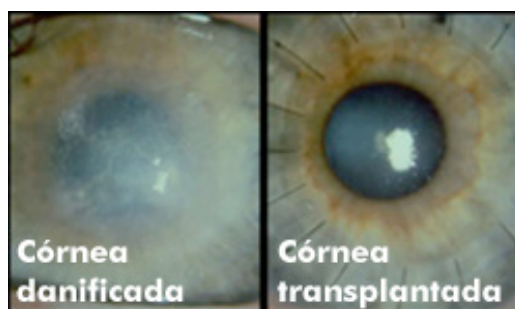


Fig.27 - Córnea danificada/Córnea transplantada

# ESCLERITES

## ESCLERA

A esclera é a parte branca e opaca da camada externa do olho. É conhecida popularmente como "branco do olho "

A esclera tem a função protectora e ajuda a manter a forma do olho.

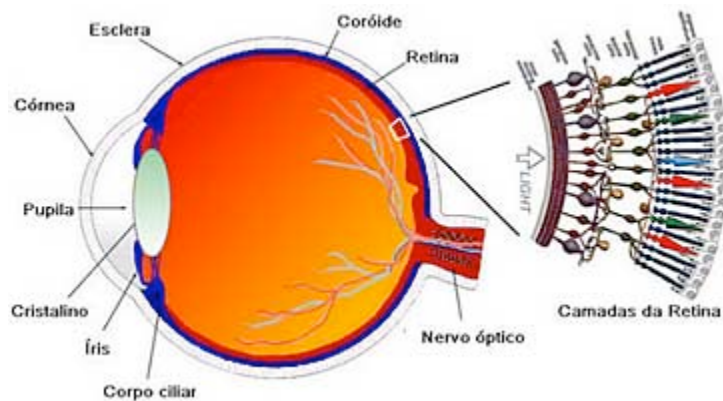


Fig.28- Anatomia do olho

Na esclera as alterações do tipo inflamatório são as mais encontradas. De acordo com o local afectado, pode-se dividir essas alterações em episclerites e esclerites. Doenças esclerais também ocorrem em patologias metabólicas, degenerativas, neoplásicas e por traumatismo.

**Episclerites** são benignas, auto limitadas, superficiais e aparecem mais em mulheres. Um em cada três casos estão associadas a doenças sistémicas, sendo mais comuns as doenças do tecido conjuntivo como artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistémico. Metade dos casos tem associação com doenças oculares, principalmente rosácea ocular, querato conjuntivite seca e querato conjuntivite atópica. As complicações oculares são pouco frequentes.



Fig.29 - Episclerite

### **SINTOMAS**

- Início agudo de rubor.
- Quando existe dor é descrita como imprecisa e localizada no olho.
- Acuidade visual é normal.

### **SINAIS**

- Rubor.
- Os vasos episclerais estão ingurgitados.
- Na existência de nódulo, este é móvel sobre a esclera subjacente.
- Não existe secreção nem envolvimento da córnea.

### **FACTORES E PATOLOGIAS ASSOCIADAS**

- Em 75% soa casos, a origem é idiopática.
- Tem maior incidência em jovens adultos.

### **ESTUDOS ESPECIAIS**

- O teste da fenilefrina envolve a instalação de uma gota de fenilefrina a 2,5%, num olho, ajuda a distinguir os vasos esclerais e episclerais dilatados. Ao contrário dos vasos esclerais mais profundos, os episclerais descolam quando se aplica a fenilefrina tópica.

### **TRATAMENTO**

- Encaminhar o doente ao oftalmologista.
- Aplicar compressas frias e/ou vasoconstritor tópico.
- Se os fármacos tópicos não aliviam, inicia anti-inflamatório oral não esteroide.

As esclerites são graves, progressivas e com inflamação mais difusa dos tecidos. Apresentam quadro de dor ocular severa. São mais frequentes em mulheres jovens e de meia-idade. Três em cada quatro casos têm associação com doenças sistémicas. A associação mais comum é com doenças reumatológicas, principalmente artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistémico. Também ocorrem em doenças infecciosas e podem estar associados a rosácea ou lesão química. As complicações oculares são frequentes e severas, incluindo perda ocular por perfuração, descolamento de retina, uveíte, edema do nervo óptico, glaucoma e alterações corneanas.

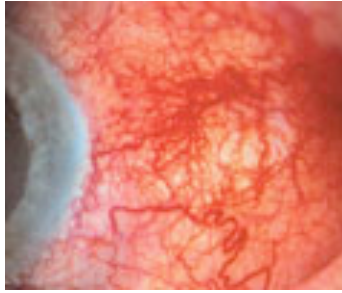


Fig.30 - Esclerite

### **SINTOMAS**

- O início é gradual.
- Dor forte que pode irradiar para a têmpora ou maxilar.
- Fotofobia.
- Lacrimejo.
- Acuidade visual normal ou ligeiramente diminuída.

### **SINAIS**

- Globo sensível à palpação.
- Edema da esclera com ingurgitamento dos vasos episclerais de revestimento.
- Pode haver nódulos e necrose escleral.
- Pode haver aparecimento de inflamação na córnea e intra-ocular.

### **FACTORES E PATOLOGIAS ASSOCIADAS**

- A origem é geralmente idiopática, mas quase metade dos doentes têm uma doença sistémica, associada.
- Tem maior incidência em jovens adultos.
- Distúrbios que podem coexistir com a esclerite:
  - Artrite reumatóide
  - Lúpus eritematoso
  - Espondilite anquilosante
  - Artrite de células gigantes
  - Gota
  - Herpes zoster
  - Sífilis
  - Tuberculose

### ***ESTUDOS ESPECIAIS***

- No teste com fenilefrina os vasos esclerais e episclerais profundos não descoloram.

### ***TRATAMENTO***

- Encaminhar o doente ao oftalmologista.
- Administração de terapêutica sistémica.
- Administração de anti-inflamatórios não esteróides ou corticosteróides sistémicos.
- Em casos avançados podem ser prescritos citostáticos.

## PATOLOGIAS DO CRISTALINO

O **crystalino** é a lente dos olhos. É um cito sistema altamente organizado que se localiza entre a íris e o humor\_vítreo. É constituído por células organizadas longitudinalmente, como uma casca de cebola, que perdem as suas organelas durante a formação, assumindo desta maneira sua característica de ser transparente. Tem de 7 a 9 mm de comprimento no seu maior eixo e 2 a 4 mm de espessura, com formato parecido com uma lentilha. O cristalino cresce continuamente durante a vida do indivíduo.

O cristalino funciona como uma lente, participando dos meios refractivos do olho, sendo capaz de aumentar o grau, para focalização das imagens de perto (acomodação). Alterações na sua estrutura e tamanho perto dos quarenta anos de idade levam a dificuldades para ver ao perto (presbiopia), situação que pode ser corrigida com uso de óculos.

Com o envelhecimento, o cristalino pode perder sua transparência, causando alteração da visão. É a chamada catarata, cujo tratamento consiste na sua remoção cirúrgica e na colocação de uma lente artificial no seu lugar.

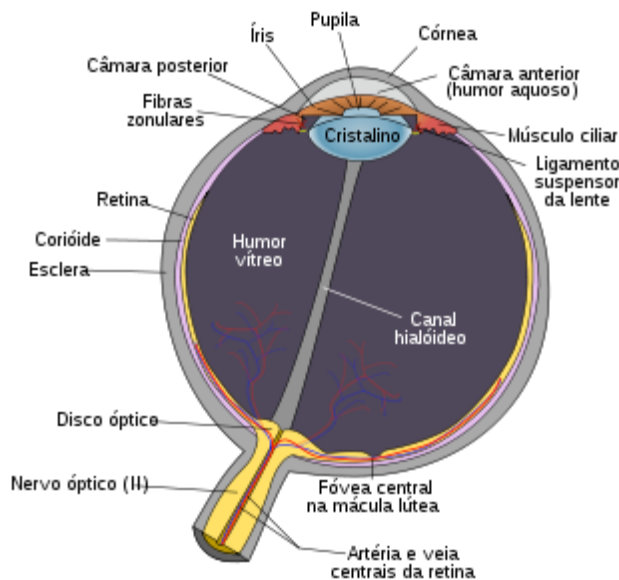


Fig.31- Olho humano

## PRESBIOPIA

Presbiopia é uma condição normal onde, principalmente indivíduos com mais de 40 anos, têm dificuldade para ler ou ver objectos muito próximos (a menos de 45 cm de distância). Esta condição é corrigida com óculos de leitura (ver ao perto) e bifocais (permite ver ao perto e ao longe).

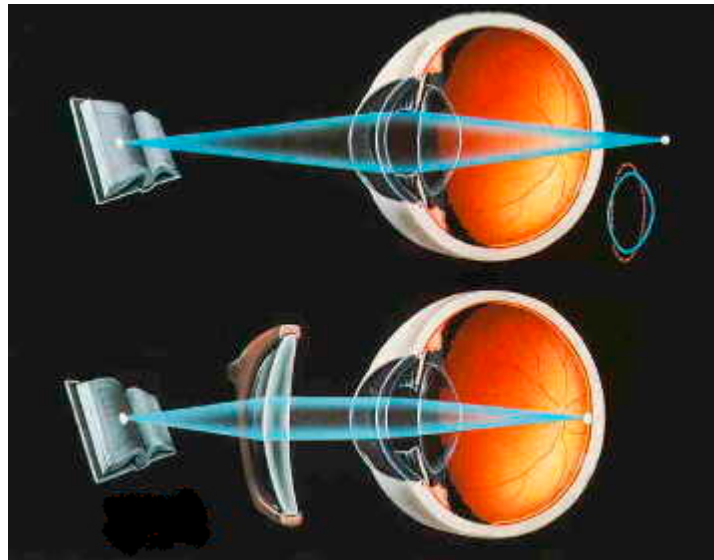


Fig.32- Presbiopia

### **SINTOMAS**

- A leitura é difícil.
- O objecto de leitura é afastado do olho.
- A visão ao longe fica enevoada depois de o doente ler.

### **SINAIS**

- Diminuição da acuidade visual ao perto.

### **TRATAMENTO**

- Uso de óculos.

## CATARATA

Catarata é a opacificação do cristalino, que é a lente que temos dentro dos olhos, levando a uma perda gradual da visão. Esta perda de visão não é definitiva. Ela é reversível após a sua remoção e a colocação de outra lente intra-ocular.

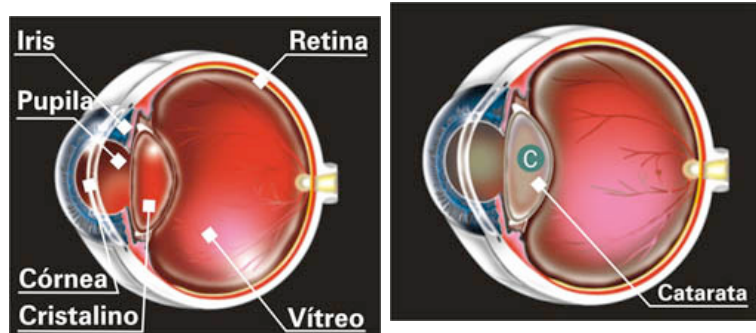


Fig.33- Olho normal / Olho com catarata

### TIPOS DE CATARATA

- Catarata cortical
- Catarata nuclear
- Catarata subcapsular posterior

#### CATARATA CORTICAL

A **catarata cortical** é causado por alterações na hidratação e composição iônica das fibras do córtex da lente, a queixa mais comum das pessoas com este tipo de catarata é o brilho.

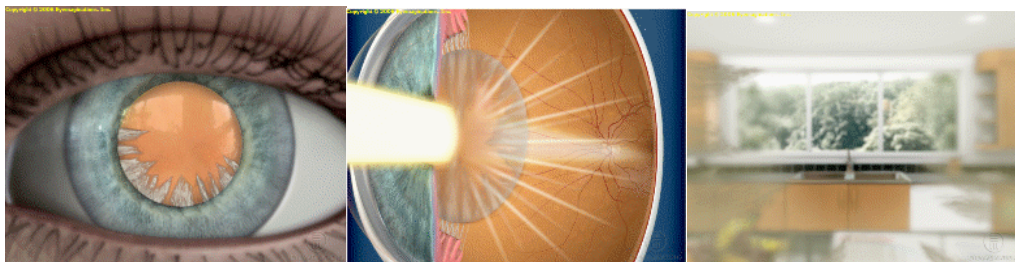


Fig.34 – Catarata Cortical

## CATARATA NUCLEAR

Como o próprio nome sugere, este tipo de catarata consiste na opacificação do núcleo da lente.

Com a idade, alterações na composição química de proteínas das lentes e alteração das suas fibras, do endurecimento do cristalino (esclerose nuclear), reduz a sua transparência, o índice de refração do olho míope permite que estes doentes vejam melhor ao perto que ao longe.

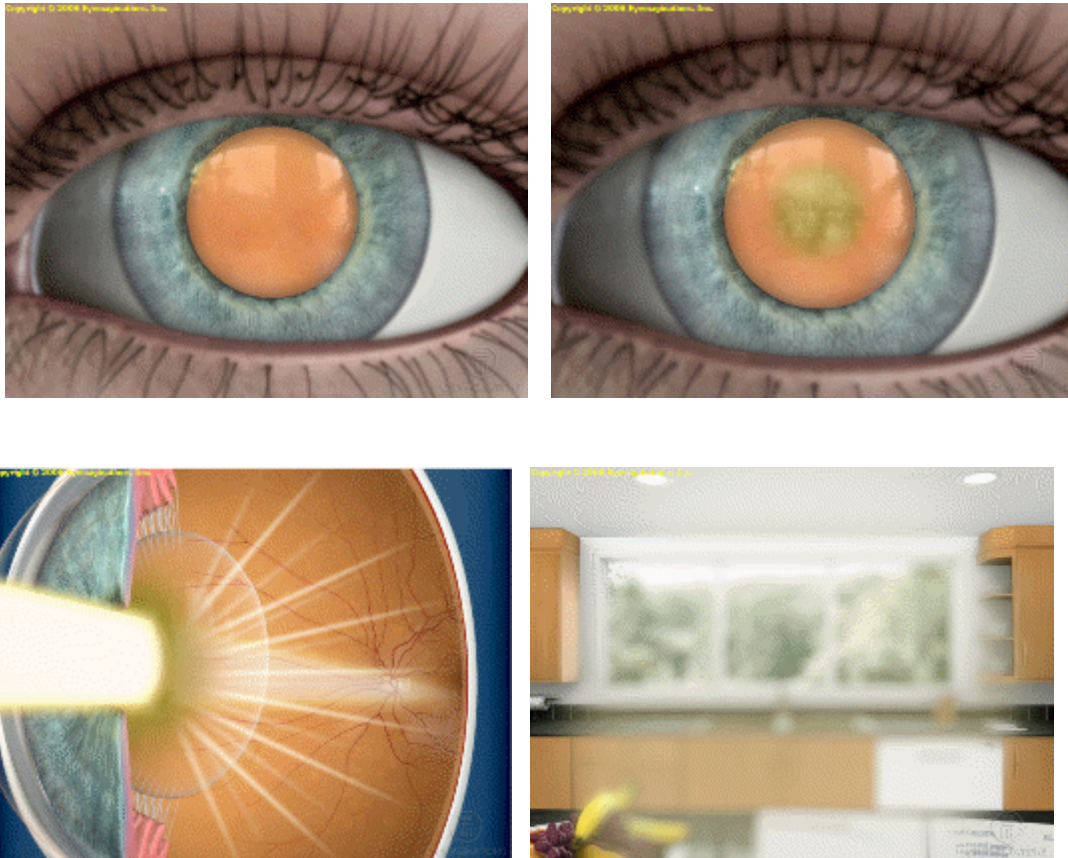


Fig.35 – Catarata Nuclear

## CATARATA SUBCAPSULAR

**Catarata subcapsular** está associada com a migração de células epiteliais da lente em direcção à cápsula posterior. Os sintomas mais comuns são: dificuldade visual em ambientes muito iluminados e dificuldade da visão ao perto.

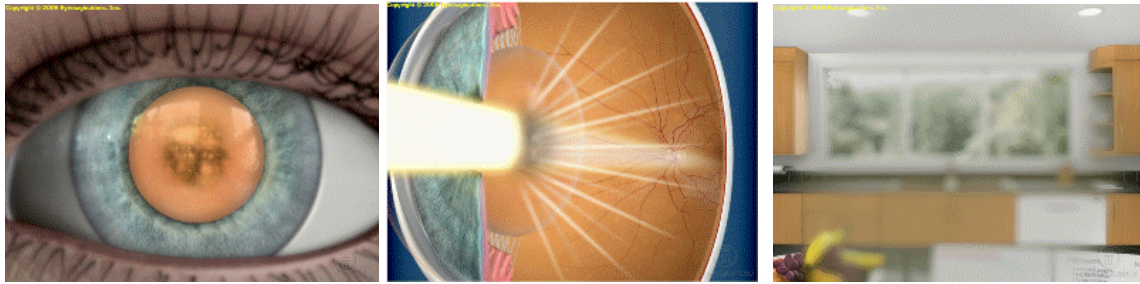


Fig. 36 - Catarata subcapsular

### SINTOMAS

- São variáveis porque há diferentes processos que levam à opacificação do cristalino.
- No tipo senil, que é o mais comum, as pessoas notam que a visão vai diminuindo progressivamente e os objectos podem aparecer amarelados e/ou nebulosos e/ou ter seu formato deformado.
- Muitas pessoas acham que necessitam de mais luz para ver claramente. Dependendo do tipo de catarata, pode ocorrer uma mudança de "grau".
- Em casos bastante avançados a catarata pode ser visível "a olho nu", como uma "pupilabranca" (leucória).

### TRATAMENTO

- Cirurgia

## UVEÍTE

**Uveíte** é um termo genérico que define não somente inflamação da túnica média do olho (úvea, que compreende íris, corpo ciliar e coróide) como também de estruturas vizinhas, como a retina, nervo óptico e corpo vítreo.

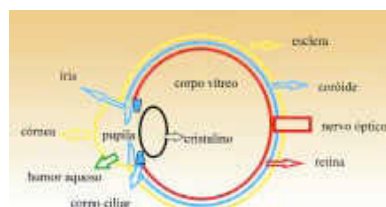


Fig.37 - Esquema do globo ocular

Pelas características anatómicas do tecido uveal (vasos não-fenestrados de circulação terminal) e imunológicas (capacidade de gerar respostas imunes humorais e celulares), esse tecido é afectado em muitas doenças sistémicas, sendo, portanto, de interesse para o clínico. Por outro lado, a uveíte pode aparecer em indivíduos sem doença detectável.



Fig.38 - Uveíte

As uveítes podem ser classificadas em:

Anteriores (iridociclites), quando a inflamação acomete principalmente a íris e o corpo ciliar.

Posteriores (retinocoroidites, vasculites retinianas), quando a inflamação afecta principalmente a coróide e/ou retina.

#### ***Sinais e sintomas das uveítes***

##### **Anteriores:**

Com a irritação da íris e do corpo ciliar pelo processo inflamatório, ocorre espasmo do músculo ciliar (em forma de esfíncter, atrás da íris) que provocará dor ocular, hiperemia, principalmente ao redor da córnea, pela localização do músculo ciliar, e miose. A acuidade visual é em geral pouco afectada.

Ao exame com lâmpada de fenda, pode-se observar células inflamatórias "nadando" no humor aquoso. Esse que normalmente é acelular e se apresenta como um espaço negro, apresentará pontos brilhantes em movimento que correspondem às células. As células tendem a se depositar na porção mais interna da córnea, formando os precipitados queráticos. Conforme a natureza dos precipitados queráticos, as uveítes podem ser divididas em granulomatosas (precipitados grandes, com aspecto de "gordura de carneiro") e não granulomatosas (precipitados pequenos).

As células inflamatórias, se em grande número, poderão bloquear a malha trabecular do seio cameralar, por onde o humor aquoso é drenado, e provocar glaucoma secundário à uveíte. Com a inflamação do tecido iriano, existe uma tendência à formação de aderências entre a borda pupilar da íris e o cristalino, que se encontra logo atrás, formando as sinéquias posteriores.

Se as sinéquias posteriores chegarem a tomar toda a borda pupilar, o humor aquoso não terá passagem da câmara posterior (entre o cristalino e a face posterior da íris), onde é formado pelo corpo ciliar, para a câmara anterior, também provocando glaucoma secundário. Se a iridociclite persistir, o cristalino, que é avascular nutre-se principalmente de substâncias dissolvidas no humor aquoso, sofrerá alterações metabólicas provocando catarata secundária à uveíte.

##### **Posteriores:**

Quando a uveíte afecta o segmento posterior do globo ocular, não haverá sintoma de dor ou sinal de hiperemia ocular.

Com a exsudação das células inflamatórias da retina e/ou coróide para o vítreo, os sintomas serão de "moscas volantes" ou manchas que se movem na frente do olhar.

Dependendo da localização das lesões, haverá baixa da acuidade visual, mais ou menos intensa. Se as lesões estiverem localizadas na mácula, papila ou feixe papilomacular, que são as regiões da retina que "vêm mais", porque aí estão localizados fotorreceptores diferenciados para a acuidade visual (cones) ou a condução de estímulos nervosos desses receptores, a acuidade visual ficará muito reduzida.

Mesmo com o tratamento, a cicatrização das lesões costuma provocar substituição dos fotorreceptores retinianos por tecido fibrótico, o que implicará em perda definitiva da função dos fotorreceptores naqueles locais. As complicações incluem opacidade vítrea permanente e descolamento da retina.

## RETINA

A retina é uma camada fina que forra a parede interna do olho. A retina pode ser comparada à película de uma câmara. Devido à sua localização interna, a retina está protegida contra variações provocadas pela exposição ao ambiente externo, tornando o padrão vascular retinal o mais estável. Sendo assim, com exceção de casos de doenças degenerativas dos olhos ou acidentes fortes envolvendo a cabeça, os padrões retiniais são estáveis o suficiente para serem utilizados durante toda a vida de um indivíduo (como uma senha que nunca precisaria ser renovada).

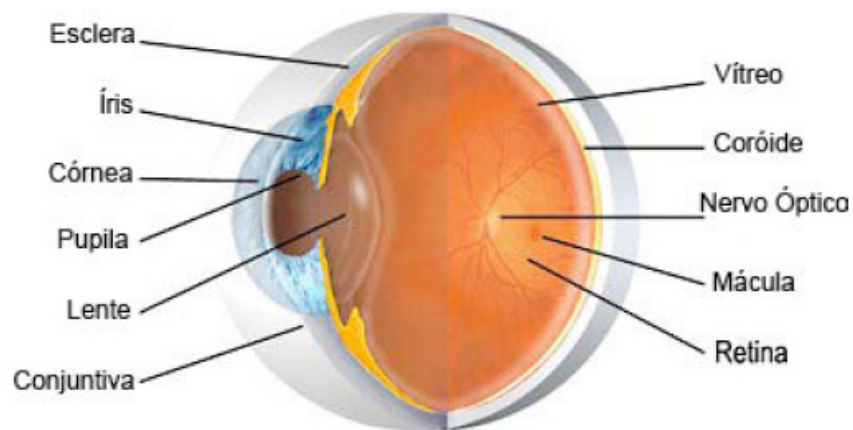


Fig.39 – Retina

A retina é composta de receptores que são sensíveis à luz. Estes receptores, ao receberem os estímulos luminosos, convertem-nos em estímulos nervosos, que são levados ao cérebro, sendo então interpretados de maneira a formarem a imagem captada.

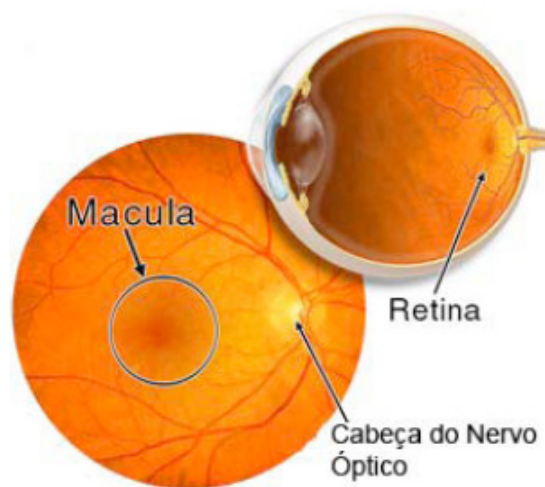


Fig.40 -Retina

Na retina encontramos a cabeça do nervo óptico e a mácula. O nervo óptico é aquele que conduz os estímulos nervosos até o cérebro, sendo que a cabeça do nervo óptico é a junção de todas as ramificações nervosas encarregadas de captar os estímulos luminosos. Já a mácula é a área da retina que possui a maior quantidade de elementos fotossensíveis, e tem como papel permitir a visão de detalhes.

## RETINOPATIA DIABÉTICA

Retinopatia Diabética é um termo geral para todos os distúrbios da retina causados por uma complicação da Diabetes, podendo levar à cegueira.

É dividida em dois tipos principais: a não-proliferativa e a proliferativa. Ocorre quando há uma lesão micro vascular (microangiopatia) na retina, sendo os níveis elevados de glicose uma das principais causas.

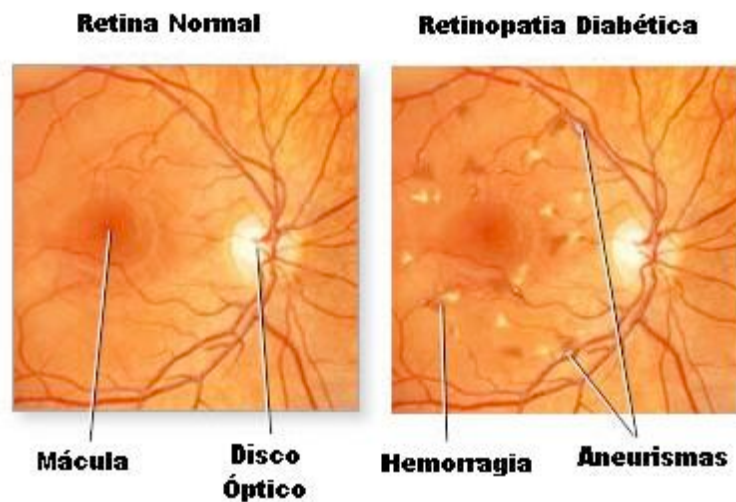


Fig. 41 – Retinopatia Diabética

### SINTOMAS

**Diferem dependendo da evolução da doença:**

- Visão desfocada ou turva.
- Moscas volantes.
- Flashes e perda súbita de visão.

**Podemos falar de dois tipos de retinopatia diabética:**

- Retinopatia diabética não proliferativa

Os capilares retinianos devido ao depósito de substâncias sofrem alterações.

▪ Retinopatia diabética proliferativa

Desenvolve-se quando a área da retina afectada com isquémia ultrapassa um certo limite formando-se novos vasos para tentar fornecer sangue à área afectada.

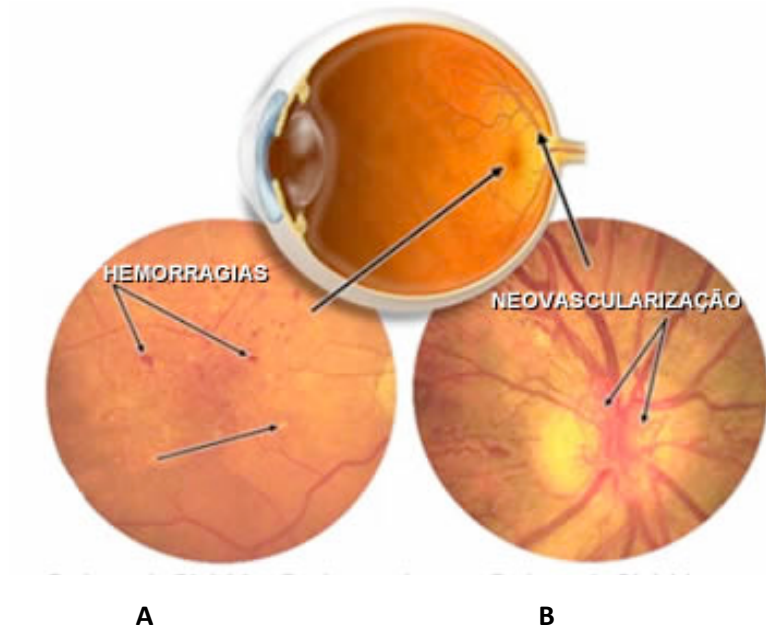


Fig. 42 - A – Retinopatia diabética não proliferativa  
B – Retinopatia diabética proliferativa

**DIAGNÓSTICO**

- Observação do fundo do olho através de oftalmoscopia.
- Angiografia com fluoresceína.

**TRATAMENTO**

- Controlar os níveis de glicemia, lipídios e tensão arterial.
- Cirurgia:
  - Fotocoagulação, laser focal ou grelha.
  - Pantofotocoagulação, laser.
  - Vitrectomia.

## EDEMA MACULAR DIABÉTICO

Edema macular ocorre quando depósitos de fluidos e proteínas se acumulam sobre ou sob a mácula do olho, uma região central amarelada da retina, tornando-a mais espessa e inchada.

O edema macular é uma das alterações incluídas na retinopatia diabética e constitui uma das principais causas de perda de visão, pode aparecer tanto na fase inicial da retinopatia diabética que se chama retinopatia diabética não proliferativa, como em fases avançadas, a retinopatia diabética proliferativa.

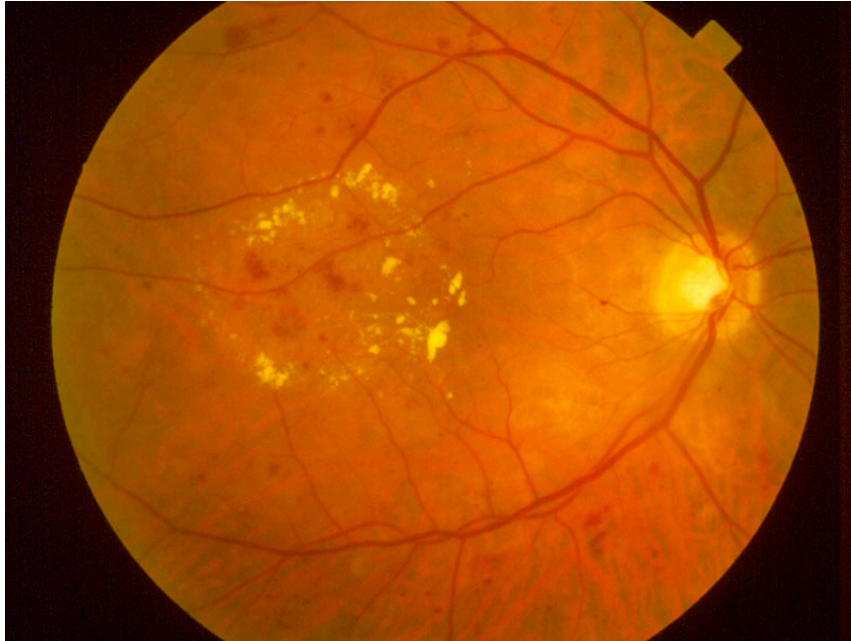


Fig. 43 – Edema Macular Diabético

### **SINTOMAS**

- Perda de visão.

### **DIAGNÓSTICO**

- Observação do fundo do olho através do oftalmoscópio. Verifica-se uma zona de exsudado amarelado que rodeia a mácula.

## RETINOPATIA HIPERTENSIVA

A retinopatia hipertensiva é a alteração da retina associada ao aumento da pressão arterial do organismo (sistémica). Pode ocorrer na forma crónica ou na forma aguda da doença. As alterações crónicas são caracterizadas pela esclerose das artérias (estreitamento). As alterações agudas são caracterizadas pela presença de hemorragia, edema e enfartes da retina e do nervo óptico.



Fig. 44 – Retinopatia Hipertensiva

### **SINTOMAS**

- Visão normal, ligeiramente enevoada ou subitamente reduzida.
- Pode ocorrer diplopia.

### **SINAIS**

- Presença de micro hemorragias.
- Edema da retina.
- Pode ocorrer oclusão das ramificações da veia, ou artéria, central da retina.

### **TRATAMENTO**

- Controle da pressão arterial, com uso de medicamentos hipotensores.
- Doentes com diminuição da visão, macroaneurisma retiniano, oclusão do ramo arterial ou venoso e maculopatia exsudativa devem ser enviados ao oftalmologista para eventual avaliação para laser.

## OCCLUSÃO VENOSA DA RETINA

A oclusão do ramo da veia central da retina ocorre em pessoas com problemas da coagulação, glaucoma, diabetes mellitus, sendo mais comum em doentes hipertensos. Pode afectar a visão de três formas: edema de mácula, isquémia macular (prognóstico mais reservado) e descolamento de retina.

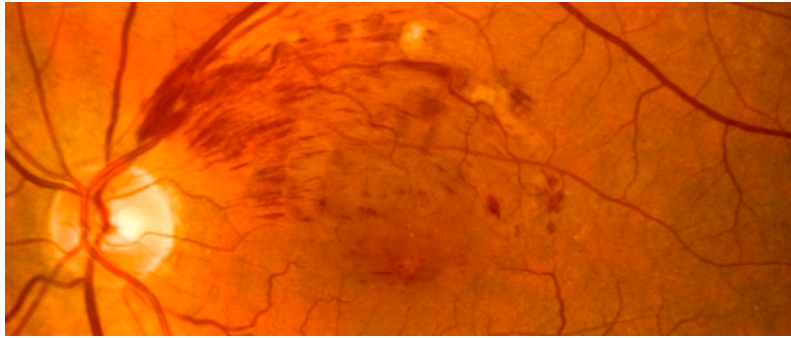


Fig. 45 – Oclusão do Ramo Venoso

### **SINTOMAS**

- Visão enevoada, ou perda de visão, indolor, unilateral, repentina ou gradual.

### **SINAIS**

- Fundo ocular tipo “sangue e trovão”.
- Veias dilatadas e tortuosas.
- Hemorragia “em chama”.
- Pode surgir hemorragia do corpo vítreo.
- Edema macular.
- São comuns exsudatos.
- Pode ocorrer neovascularização da retina ou da íris, a qual geralmente está associada a glaucoma.

### **TRATAMENTO**

- Esteróides como adjuvantes – Triancinolona.
- Laser micropulso.
- Fotocoagulação, laser.
- Cirurgia – Vitrectomia Posterior.

## OCLUSÃO ARTERIAL DA RETINA

A oclusão do ramo da artéria central da retina ocorre em pessoas com problemas cardíacos, sendo mais comum em doentes hipertensos. Pode afectar a visão central de forma irreversível. O prognóstico é pior, quando ocorre oclusão do primeiro ramo arterial.

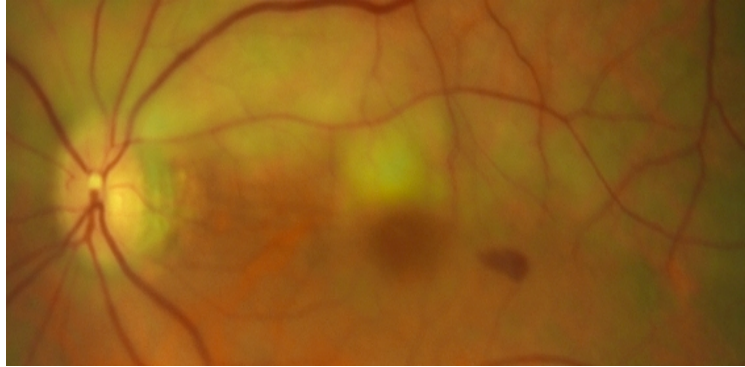


Fig. 46 – Oclusão do Ramo Arterial

### **SINTOMAS**

- Perda de visão, do campo visual, unilateral, indolor e súbita.
- É típico os doentes referirem sensação de cortina a descer tapando a visão, sendo retomada passados uns minutos.

### **SINAIS**

- Nas primeiras horas pode ainda não estar presente edema retiniano.
- Presença de um êmbolo vascular, ao nível do nervo óptico.
- Uma mancha vermelho cereja representa isquémia e edema de toda a retina posterior e ocorre algumas horas após a oclusão.
- O branqueamento retiniano em arcada corresponde à distribuição retiniana do vaso ocluído.

### **TRATAMENTO**

- Manobras para deslocar o êmbolo, como massagem, hipotonia e cirurgia de urgência podem raramente melhorar a visão.
- Uso de medicação intra-ocular não tem benefício.
- Cirurgia – Vitrectomia Posterior

## DEGENERESCÊNCIA MACULAR RELACIONADA COM A IDADE (DMI)

A Degenerescência Macular relacionada com a Idade ou DMI é uma doença que atinge principalmente pessoas com idade superior a 65 anos, e que resulta do "envelhecimento" da mácula, a zona mais sensível da retina.

Existem 2 formas de DMI: a forma "seca" e a forma "húmida". Embora atingindo um número mais reduzido de doentes, a DMI "húmida" é a responsável pela maioria dos casos de cegueira relacionados com a DMI. Nas situações de DMI "húmida" há aparecimento de vasos sanguíneos anormais (neovascularização) que acabam por rebentar e dar origem a hemorragias e cicatrizes no fundo do olho.

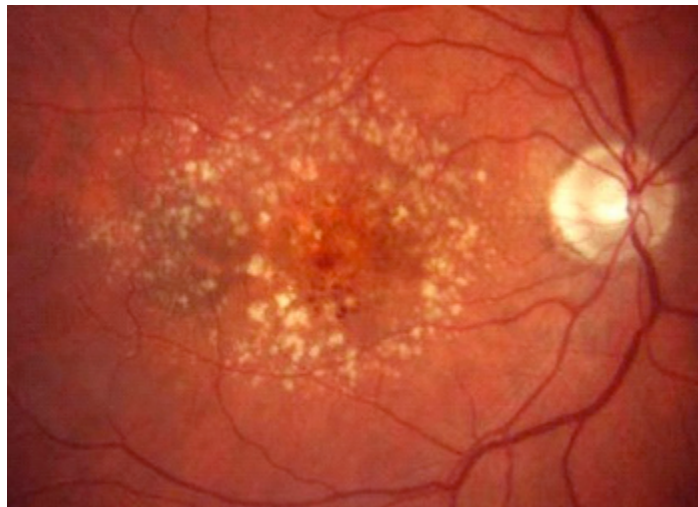


Fig.47 – Degeneração Macular relacionada com a idade

### **SINTOMAS**

- Mancha escura ou esbranquiçada no centro do campo visual.
- Imagens distorcidas ou enevoadas.
- Dado que a visão central é afectada o doente passa a ter dificuldades em ler e escrever, reconhecer faces, ver televisão, etc.
- Na maioria dos casos, a DMI acaba por afectar os dois olhos, num espaço de tempo que pode variar entre alguns meses e alguns anos
- **SINAIS**
- Atrofia macular.
- Hemorragia macular em zona de membrana neovascular.
- Presença de Drusens.

### **TRATAMENTO**

- O tratamento da DMRI é difícil. Na forma atrófica, apenas o uso de medicamentos anti-oxidantes poderão eventualmente atrasar a evolução.
- Na forma exsudativa é possível, nas fases precoces, com o uso de laser terapia atrasar a sua evolução. Se os neovasos estiverem na zona central da mácula é possível ainda usar uma nova forma de laser terapia denominada Terapia Fotodinâmica. Este ultimo tratamento veio dar esperanças a alguns casos, específicos de DMRI exsudativa.
- Fármacos antiangiogénicos (anti VEGF) em administração intravítrea.

## TOXOPLASMOSE

O *Toxoplasma gondii* é um parasita intracelular, comum a todos os seres humanos e animais. A toxoplasmose ocular é uma retinite necrosante, potencialmente causadora de cegueira, que pode recidivar.

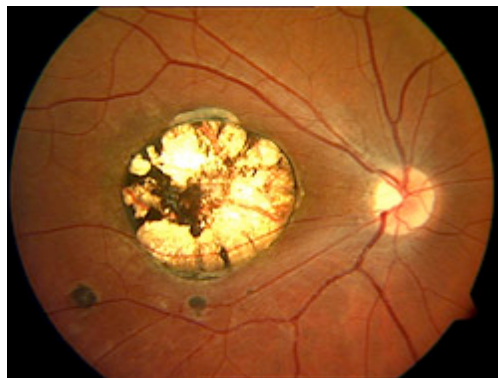


Fig. 48 – Toxoplasmose ocular

### SINTOMAS

- Visão enevoada ou diminuída.
- Visão ondulada ou distorcida.
- “Moscas volantes”.
- Dor variável.

### **SINAIS**

- Vêm-se fragmentos do corpo vítreo.
- Irite ou células na câmara anterior.
- Áreas de retinite, branco-amareladas.
- O nervo óptico apresenta-se branco-amarelado.
- Pode observar-se edema macular.

### **TRATAMENTO**

- Pyramethamina e folato.
- Sulfadiazina, sulfisoxazol.
- Clindamicina
- Em alternativa, trimetoprim e sulfametoxazol.
- Prednisolona oral – 40 a 60 mg diariamente durante 3 a 4 semanas.

## **ENDOFTALMITE PÓS-CIRÚRGICA**

Qualquer procedimento oftalmológico invasivo pode resultar em endoftalmite, devendo ser excluído ou confirmado como causa em todos os casos de dor ou inflamação, no pós-operatório.

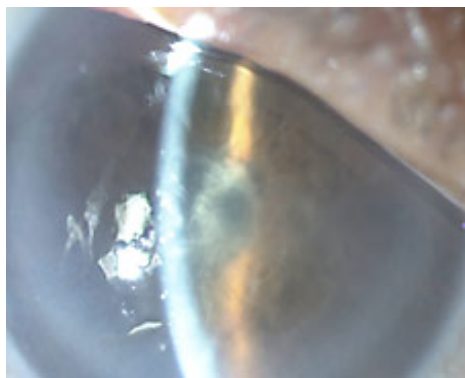


Fig. 49 – Endoftalmite pós-cirúrgica

### **SINTOMAS**

- Nem sempre há dor.
- Rubor.
- Visão diminuída.
- “Moscas volantes”.

### **SINAIS**

- Observam-se células na câmara anterior.
- Presente injeção da conjuntiva.
- Corpo vítreo enevoadado ou pólo posterior obscuro.
- 

### **TRATAMENTO**

- Injeção intra-ocular de antibiótico, ou cirurgia do corpo vítreo com injeção intra-vítreo de antibiótico.

## **ENDOFTALMITE ASSOCIADA A TRAUMATISMO**

Toda a ferida dentro do olho, requer avaliação do oftalmologista. Deve-se suspeitar de endoftalmite pós traumática, particularmente quando o traumatismo envolve corpo estranho, ferida com sujidade dentro do olho. Se o doente tiver uma história que sugere corpo estranho intra-ocular, deve fazer exame radiológico para exclusão de lesão. Muitas das lesões do globo aberto são tratadas com antibióticos intra-vítreo e/ou sistémico.

## DESCOLAMENTO POSTERIOR DO VÍTREO

Ao chegarmos à meia-idade, o gel vítreo pode começar a engrossar ou encolher, formando assim grumos ou filamentos dentro do olho. O gel vítreo afasta-se da parede posterior do olho, provocando um descolamento do vítreo posterior.

Descolamento do vítreo posterior dá-se mais frequentemente em pessoas que:

- sofrem de miopia.
- foram submetidos a cirurgia de catarata.
- foram submetidos a cirurgia do olho a laser.
- sofreram de inflamação dentro do olho.



Fig.50 – Descolamento do Vítreo

### **SINTOMAS**

- Os doentes referem luzes a fazer “flash” (fotópsias).
- “Moscas volantes”(miodesópsias).

### **TRATAMENTO**

- Normalmente, não há tratamento indicado.

## DESCOLAMENTO DA RETINA

O descolamento de retina é a separação da retina da parede do fundo do olho. Quando há uma rotura de retina, o líquido do vítreo pode passar através desta rotura e descolar a retina. À medida que o líquido se acumula sob a retina, o descolamento torna-se maior. Áreas descoladas de retina perdem a visão.

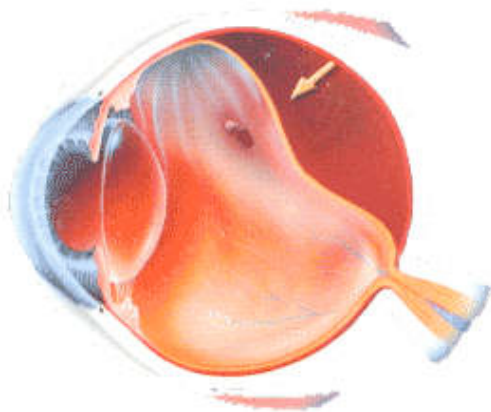


Fig. 51 – Descolamento da Retina

### **SINTOMAS**

- “Flashes”.
- Perda do campo visual, que os doentes referem por vezes como se fosse uma cortina a fechar, uma sombra ou bolhas de líquido.
- Visão diminuída.
- “Moscas volantes”.

### **TRATAMENTO**

- O descolamento de retina pode ser tratado com grande eficácia através de cirurgia.

## GLAUCOMA

Glaucoma é a designação genérica de um grupo de doenças que atingem o nervo óptico e envolvem a perda de células ganglionares da retina num padrão característico de neuropatia óptica. A pressão intra-ocular elevada é um factor de risco significativo para o desenvolvimento de glaucoma, não existindo contudo uma relação causal directa entre um determinado valor da pressão intra-ocular e o aparecimento da doença — enquanto uma pessoa pode desenvolver dano no nervo com pressões relativamente baixas outra pode ter pressão intra-ocular elevada durante anos sem apresentar lesões. Se não for tratado o glaucoma leva ao dano permanente do disco óptico da retina, causando uma atrofia progressiva do campo visual, que pode progredir para visão anormal ou cegueira.

Existem basicamente 2 tipos de glaucoma:

- **Glaucoma crónico de ângulo aberto** - É sem duvida o mais comum (90%) e resulta da perda de eficiência da zona de escoamento do humor aquoso. Este transtorno vai originar um aumento da pressão intra-ocular com conseqüente lesão do nervo óptico. A lesão evolui lentamente e é indolor.
- **Glaucoma agudo do ângulo fechado** - Bloqueamento súbito da zona de escoamento com aumento importante da pressão intra-ocular ( > 45 mHg ) e provocando ; visão turva, dores de cabeça, dor ocular interna, auréolas com cores, náuseas e vômitos, olho vermelho, etc. Constitui uma emergência em oftalmologia o tratamento dum ataque de glaucoma agudo.

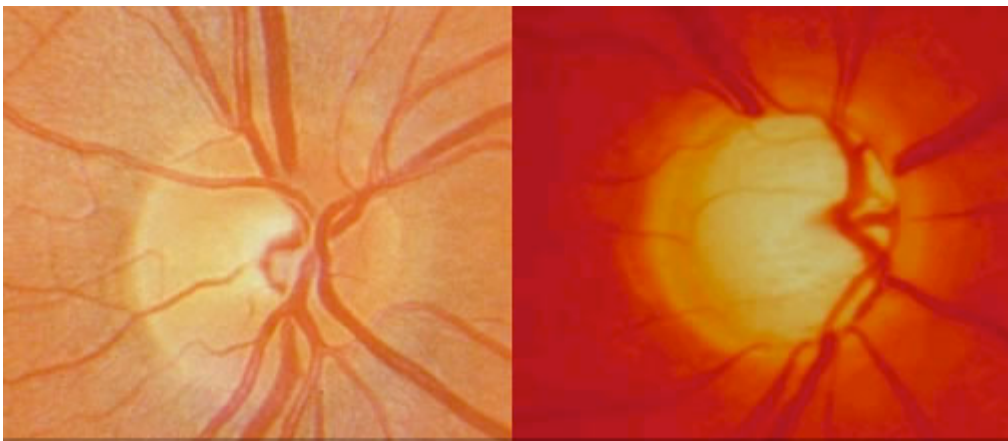


Fig.52 – Nervo óptico normal

Nervo óptico com glaucoma

### **SINTOMAS**

- Assintomática.
- Perda de visão, em fases mais avançadas.

- Aparece com mais frequência a partir dos 40 anos, mas pode ocorrer em qualquer faixa de idade.

#### **SINAIS**

- PIO (pressão intra-ocular) elevada (nem sempre).
- Escavação do nervo óptico.

#### **TRATAMENTO**

- As lesões já existentes não podem ser revertidas.
- O tratamento existente actualmente é muito eficaz e destina-se a prevenir ou deter a evolução de lesões glaucomatosas.
- O tratamento é crónico, isto é, para toda a vida, só o oftalmologista pode interromper ou mudar a terapêutica (nunca fazer por iniciativa própria).
  
- Outra alternativa é a cirurgia.

O fundamento do tratamento do glaucoma consiste em baixar a pressão intra-ocular. A maioria dos doentes consegue baixar a pressão intra-ocular apenas usando colírios. Se esta situação falhar é possível fazer laserterapia - trabeculoplastia, no glaucoma de ângulo aberto, ou iridotomia, no glaucoma de ângulo fechado.

## PATOLOGIAS DA ÓRBITA

A órbita é uma cavidade do esqueleto da face em forma de pirâmide onde estão inseridos o globo ocular, músculos, nervos, vasos e o aparelho lacrimal. A parede superior é formada pelos ossos frontais e esfernoide; a parede medial pelo etmoide, esfernoide, lacrimal e frontal; a parede inferior ou pavimento pela maxila, zigomática e palatino; a parede lateral pelo processo frontal do zigomático e asa maior do esfernoide. O ápice da órbita fica no canal óptico, formado pela asa menor do esfernoide.

A base que abre para a face possui quatro margens:

1. margem superior: osso frontal
2. margem inferior: ossos maxilar e zigomático
3. margem medial: ossos frontal, lacrimal e maxilar
4. margem lateral: ossos zigomático e frontal



Fig.53 – Órbita

## CELULITE E ABCESSO ORBITÁRIO

Chama-se celulite orbitária à inflamação que ocorre nas pálpebras e dentro da cavidade orbitária provocando perda de visão e eventual progressão intracraniana.



Fig.54 – Celulite orbitária

### **SINTOMAS**

- Edema palpebral.
- Hiperemia.
- Dor ocular.
- Dificuldade para movimentar os olhos.
- Trombose no seio cavernoso.
- Perda parcial ou total da visão.

### **TRATAMENTO**

- Geralmente os doentes ficam internados para antibioterapia endovenosa, o quadro pode ter evolução rápida.

## OBSTRUÇÃO DO CANAL LACRIMONASAL

O bloqueio do canal lacrimonasal é uma obstrução ou encerramento completo do ducto nasolacrimonasal no nariz, causando lacrimejo persistente. Várias pessoas acham que o bloqueio do ducto lacrimal significa não poder chorar, causando olho seco. O termo significa na verdade um bloqueio no sistema de drenagem da lágrima para o nariz.

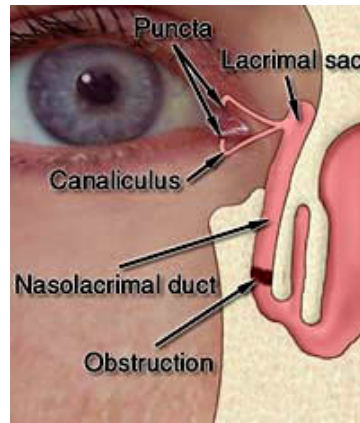


Fig.55 – Via Lacrimal

### **SINAIS E SINTOMAS**

- Lacrimejo constante ou epífora.
- Potencial infecção/inflamação do saco lacrimal (dacriocistite).

### **ETIOLOGIA, FACTORES E PATOLOGIAS ASSOCIADAS**

- Doença nasal ou dos seios, cirurgias ou traumatismos anteriores podem levar à estenose do ducto nasolacrimonasal.
- Pode ter origem idiopática.
- Em casos menos comum, pode haver tumor.

### **ESTUDOS ESPECIAIS**

- Com o uso de uma sonda, e irrigação confirma-se a presença de obstrução do sistema nasolacrimonasal.

### **TRATAMENTO**

- Intervenção cirúrgica, realiza-se uma fístula cirúrgica ligando o saco lacrimal à mucosa nasal, fazendo uma derivação do ducto nasolacrimonasal obstruído (dacriocistorrinostomia).

## DACRIOCISTITE

Dacriocistite é uma infecção do saco nasolacrimal. Causa dor, vermelhidão e edema sobre o bordo interno da pálpebra inferior. É geralmente causada por uma obstrução nasolacrimal. Geralmente está associada às espécies *Staphylococcus\_aureus*, *Streptococcus\_pneumoniae*, *Pseudomonas*.



Fig. 56 - Dacriocistite

### **SINAIS E SINTOMAS**

- Dor, edema, vermelhidão sobre o saco lacrimal
- Lacrimejo, febre.
- Pressionando sobre o saco lacrimal pode expulsar pus através do ponto de drenagem da lágrima.
- Em casos crónicos, lacrimejo pode ser o único sintoma.

### **TRATAMENTO**

- Colocar compressas quentes.
- Descongestionantes nasais e antibióticos tópicos.
- Em casos crónicos faz-se dacriocistorrinostomia ou dacriocistectomia.

## DOENÇA OCULAR TIROIDEIA

A oftalmopatia associada à tiróide é uma doença auto imune que afecta os músculos extra-oculares e o tecido conjuntivo da órbita sendo a forma mais comum de doença da órbita. Surge associado a doenças graves como hipertiroidismo.



Fig. 57 – Proptose

### **SINTOMAS**

- Dor ou sensação de pressão orbitaria.
- Lacrimejo.
- Fotofobia.
- Sensação de corpo estranho.
- Visão turva.
- Dificuldade de focagem.
- Desconforto (ou dor) com movimentos oculares.

### **SINAIS**

- Edema palpebral.
- Edema peri-orbitário.
- Quemose.
- Hiperémia.
- Queratopatias.
- Conjuntivite crónica.

### **TRATAMENTO**

- Inicialmente tratamento com anti-inflamatórios esteróides.
- Sem inflamação o tratamento é cirúrgico.

## TRAUMATISMOS OCULARES

É uma das causas mais frequentes de diminuição da visão em crianças. Há uma maior incidência de lesões oculares graves nas idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos comparativamente com outros grupos etários.

O traumatismo pode ser contuso, penetrante ou perfurante e pode estar associado à presença de corpo estranho intraocular.

Perante um traumatismo ocular, é sempre necessário seguir determinados passos essenciais como:

- História clínica cuidada,
- Observação atenta,
- Tratamento,
- Envio para um oftalmologista (se necessário).
- 



Fig. 58 – Traumatismos oculares

Termo	Definição
<b>Abrasão</b>	Defeito do epitélio corneano. Cora-se com fluoresceína. Normalmente cura-se dentro de 24 - 48 horas
<b>Contusão</b>	Resultado de uma lesão contusa no local da pancada ou em outro local mais distante
<b>Lesão fechada</b>	A parede do globo ocular está intacta mas as estruturas internas do olho encontram-se danificadas
<b>Ruptura</b>	Lesão aberta e irregular devido a uma lesão contusa, normalmente distante do local da lesão, nos pontos mais fracos do globo ocular: concêntrica ao limbo, atrás da inserção dos músculos extraoculares ou no equador
<b>Lesão aberta</b>	Abertura total da espessura ocular; pode ocorrer devido a uma lesão contusa grave ou por lesão penetrante
<b>Laceração lamelar</b>	Abertura parcial da espessura ocular causada por um objecto cortante
<b>Laceração</b>	Apenas uma ferida superficial
<b>Penetração</b>	Penetração total da parede ocular
<b>Perfuração</b>	Lesão que atravessa directamente o olho, provocando orifício de entrada e saída

## ABRASÃO DA CÓRNEA

Córnea é uma membrana fibrosa e transparente que constitui a parte anterior do olho. Recobre a pupila (orifício que, ao se contrair ou se dilatar, permite regular a quantidade de luz que penetra no olho e está situado no centro da íris), a parte colorida (íris) e o branco do olho (esclera). A abrasão é um desgaste ocorrido pela fricção ou esfoladura da córnea.



Fig. 59 - Abrasão corneana após coloração por fluoresceína

Normalmente, ocorre quando um objecto atinge o olho. Isso pode acontecer na prática de alguns desportos como basquete, ténis, ser atingido por uma bolada, ou cotovelada ou em qualquer caso de trauma directo.

### **SINTOMAS**

- Dor no olho atingido.
- Lacrimejo.
- Pode ficar vermelho.
- Visão turva.

### **TRATAMENTO**

- Na presença de um corpo estranho, sob anestesia tópica é retirado o corpo estranho.
- Antibioterapia em gotas ou pomada.

As maiorias das abrasões da córnea ficam curadas em um ou dois dias.

### Lesão penetrante (lesão aberta do globo)

Qualquer lesão aberta do globo necessita de encaminhamento de emergência para um oftalmologista. Só deve ser colocada uma proteção sobre o olho lesionado – pensos oftalmológicos não devem ser usadas a fim de evitar qualquer pressão sobre o olho. Um globo rompido por um trauma contuso (ex. por um golpe ou soco) deve ser tratado da mesma maneira que uma lesão penetrante, mesmo se a lesão de ruptura for subconjuntival.

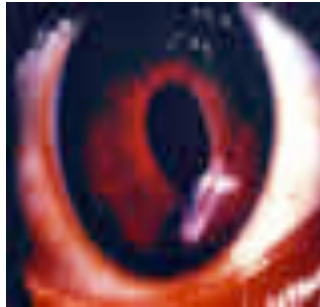


Fig. 60 - Laceração corneana com hérnia de íris tamponando a lesão

### Lacerações canaliculares e da pálpebra

Lacerações simples podem ser suturadas. Lacerações sépticas devem ser limpas e tratadas com antibióticos sistêmicos. Lacerações que envolvam as margens da pálpebra devem também ser encaminhadas para um oftalmologista que esteja familiarizado com a técnica de justaposição das margens da pálpebra com exacta precisão. Lesões mediais do canto do olho devem ser acompanhadas para ver se há atingimento canalicular (pode ser usada uma sonda lacrimal).



Fig. 61 - Margens da pálpebra laceradas devem ser justapostas com precisão

### Hemorragia

Uma hemorragia subconjuntival é pouco comum depois de um trauma e pode ser cuidada conservadoramente. Entretanto, ocasionalmente pode ser o único sinal de um globo rompido, quando estiver associada a uma pressão intraocular (PIO) baixa e uma câmara anterior

anormalmente profunda. Sangue na câmara anterior é chamado de hifema. Geralmente segue-se após uma lesão fechada e resulta da laceração da íris. A pupila pode estar dilatada. A maior parte dos hifemas desaparece num prazo de cinco a seis dias, com tratamento conservador. As complicações que ameaçam a visão oriundas de hifema são causadas por PIO elevada.

O uso de aspirina aumenta ainda mais o risco de uma hemorragia dentro do olho, e pode ser diminuído com o uso de esteróides tópicos. Os doentes devem ser orientados a evitar drogas anti-inflamatórias não-esteróides durante uma semana após o hifema. Hemorragia vítrea é um sinal de trauma intraocular sério, e é caracterizado pela perda do reflexo vermelho comparado com o outro olho. Todos os casos de hemorragia vítrea devem ser encaminhados para exames adicionais a fim de excluir uma ruptura do globo, perfuração, ou outras complicações que possam ameaçar a visão, tal como o descolamento de retina.



Fig. 62 – Laceração Escleral

#### Lesão do cristalino

O cristalino pode sofrer subluxação ou até mesmo deslocamento (luxação). A pressão intraocular pode aumentar na fase aguda e uma extracção do cristalino pode ser indicada. Tanto uma lesão fechada quanto uma perfuração pode justificar a extracção da catarata, logo após a lesão, se esta estiver a causar complicações, ou mais tarde, quando o olho já estiver calmo e recuperado da lesão.

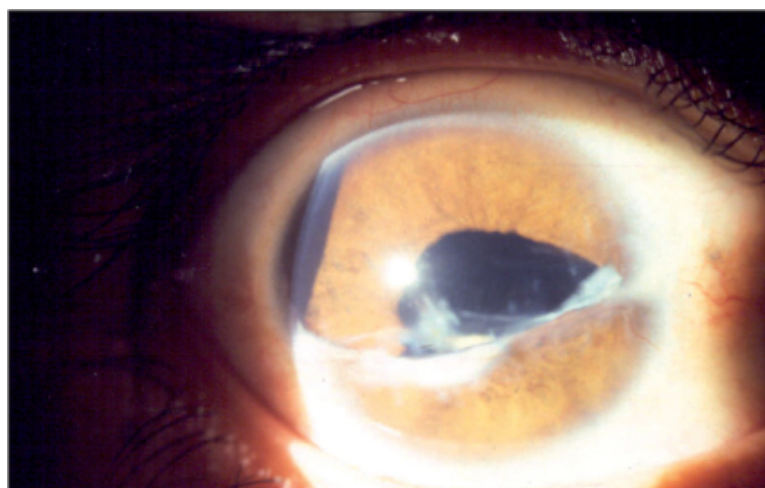


Fig.63 - Trauma ocular perfurante com perda do cristalino

## Queimaduras do olho

As queimaduras oculares podem afectar as pálpebras, conjuntiva ou córnea. É importante manter a córnea humedecida e não exposta. Os primeiros cuidados consistem em aplicar pomada antibiótica generosamente por toda a conjuntiva, córnea e pálpebras queimadas. Não deve ser colocado penso sobre o olho pois pode causar úlcera da córnea.

A queimadura pode ser térmica, química e física. A gravidade e prognóstico (resultado) vão depender da natureza e tempo de exposição ao produto e extensão da queimadura.

A queimadura química ocular é uma das mais graves. Em casos de acidente com produto químico de qualquer natureza, ácido ou substâncias alcalinas (por exemplo, cal) é fundamental fazer irrigação dos olhos imediatamente com água corrente, por pelo menos 15 minutos. Não deve ser feita oclusão (“tampão”) dos olhos, porque aumenta o contacto e penetração do produto na superfície ocular podendo aumentar a queimadura. Após a irrigação, procurar o oftalmologista com urgência. Não usar medicação (colírios) sem avaliação do oftalmologista. CUIDADO: o colírio de anestésico, diminuindo a sensibilidade ocular, podendo dar uma ideia falsa em relação à gravidade da queimadura.

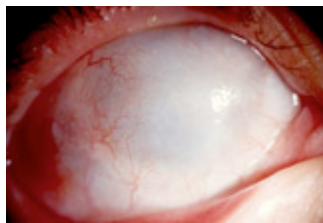


Fig.64 – Queimadura ocular

## Remoção do olho – evisceração ou enucleação

Se o olho não tem percepção luminosa e é doloroso, deve-se considerar a hipótese da remoção do olho. A evisceração pode ser mais apropriada (para condições não malignas) em países em desenvolvimento, uma vez que os procedimentos são mais simples do que os da enucleação, oferece melhores resultados estéticos com menor risco de surgir uma infecção sistémica no caso de o olho estar infectado.

**Evisceração** – remoção de todo o conteúdo do globo ocular, restando a parede escleral e músculos possibilitando colocação de prótese com alguma mobilidade.

**Enucleação**- remoção do globo integralmente.

## CORPO ESTRANHO NA CONJUNTIVA

Presença de corpo estranho na conjuntiva, sendo mais frequente na conjuntiva tarsal super

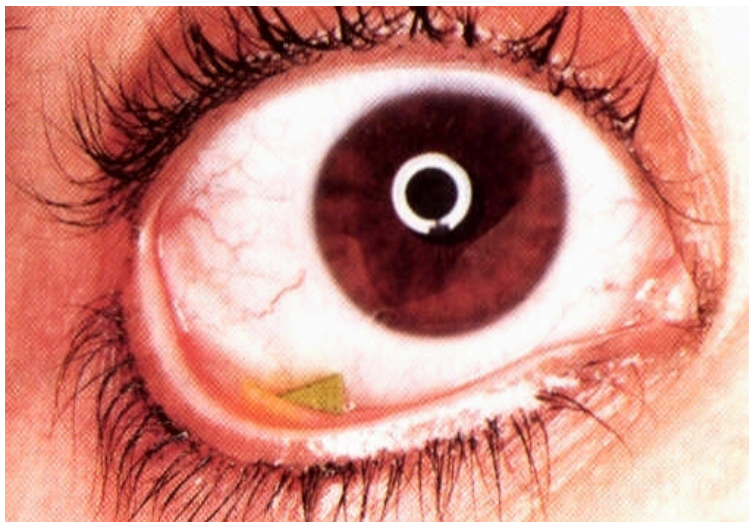


Fig. 65 – Corpo estranho na Conjuntiva

### **SINTOMAS**

- Rubor, irritação e dor ocular.

### **SINAIS**

- Hiperémia da conjuntiva, laceração ou corpo estranho óbvio.
- Hemorragia da conjuntiva ou subconjuntival pode ocultar o corpo estranho.

### **TRATAMENTO**

- Deverá ser observado imediatamente pelo oftalmologista.
- O olho deve ser protegido e pouca manipulação do globo.
- Remover o corpo estranho sob anestesia tópica.
- Uma vez removido o corpo estranho aplicar um antibiótico tópico.

## CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA

É uma das causas mais frequentes de atendimento na urgência oftalmológica. Apesar de parecer simples retirar determinado corpo estranho do olho, esse acto pode trazer sérias consequências. Sem um exame oftalmológico não podemos ter certeza da gravidade do problema. Às vezes um pequeno corpo estranho pode perfurar a córnea e penetrar no olho e os sintomas podem ser mínimos no início. Outras vezes um corpo estranho de origem vegetal pode causar uma infecção por fungo extremamente grave.



Fig.66 – Corpo estranho metálico na córnea

### **SINTOMAS**

- Olho vermelho.
- Lacrimejo.
- Visão enevoada.
- Dor.

### **SINAIS**

- Edema palpebral.
- Ligeira reacção da câmara anterior.
- Se o corpo estranho estiver há mais de 24 horas, existe geralmente um infiltrado no estroma corneano, pode não ser infeccioso mas deve-se admitir a hipótese de queratite microbiana especialmente se o material do corpo estranho for de origem vegetal, (por ex. pedaços de madeira).
- Os corpos estranhos em metal formam por vezes anéis de ferrugem no estroma corneano anterior.

### **TRATAMENTO**

- Proteger o olho e enviar à urgência.
- Em caso de corpo estranho estar superficial basta uma irrigação para ser removido, podendo usar um cotonete.
- No caso de o corpo estranho estar mais profundo a manipulação é mais agressiva.
- Uma vez removido o corpo estranho administrar antibiótico tópico.

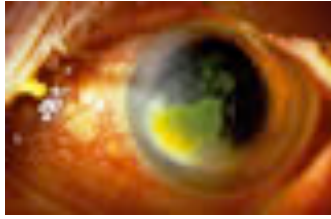


Fig. 67 – Úlcera da córnea



Fig. 68 – Teste da fluoresceína (para verificação de ulcera de córnea)

## LESÃO QUÍMICA

As lesões químicas do olho podem ser causadas por ácidos, alcalinos e outras substâncias orgânicas. As lesões provocadas por ácidos e alcalinos podem levar à perda visual. Os agentes orgânicos raramente o provocam.

As queimaduras mais graves são as provocadas por alcalinos como por exemplo lixívia e soda cáustica e amónio.



Fig.69 – Queimadura bilateral por hidróxido de sódio

### **SINTOMAS**

- Espasmo palpebral.
- Rubor.
- Visão enevoada.
- Dor intensa.

### **SINAIS**

- Variam conforme a gravidade da lesão.
- No caso de lesões ligeiras e moderadas incluem: perda epitelial da córnea, quemose, hiperémia conjuntival, hemorragia subconjuntival.
- No caso de lesões graves: edema e opacificação da córnea, perda de vasos conjuntivais e episclerais, envolvimento da pele periocular.

### **TRATAMENTO**

- Irrigação abundante com soro fisiológico ou água (quanto maior for o intervalo entre o acidente e a irrigação com água pior é o prognóstico).
- Dever ser observado pelo oftalmologista.

## **LESÃO TÉRMICA**

As queimaduras térmicas podem ser provocadas pelo fogo, materiais aquecidos ou resfriados (gelo seco, nitrogénio). O fogo pode causar edema e necrose

### **SINTOMAS**

- Lacrimejo.
- Olho vermelho.
- Sensação de corpo estranho.
- Diminuição da visão.
- Dor.
- História de exposição a um objecto quente (ferro de frisar o cabelo, cinza de tabaco, explosão)

### **SINAIS**

- O branqueamento da córnea indica queimadura epitelial ou do estroma.
- Alteração do epitélio da córnea.
- Quemose conjuntival.
- Queimaduras das pálpebras e região periocular.

### **TRATAMENTO**

- No caso de lesão ligeira administra-se antibiótico tópico, e aplicar penso ocular compressivo. Retirado penso passado 24 horas e reavaliado.
- Em caso de queimaduras profundas da córnea devem ser imediatamente encaminhados para o oftalmologista.

## **HIFEMA**

Hifema é uma hemorragia no interior do olho mais especificamente na região da câmara anterior do olho. São vários os factores que provocam hifema, trauma ocular, cirurgia ocular, uso de anticoagulantes ou alteração da coagulação sanguínea.

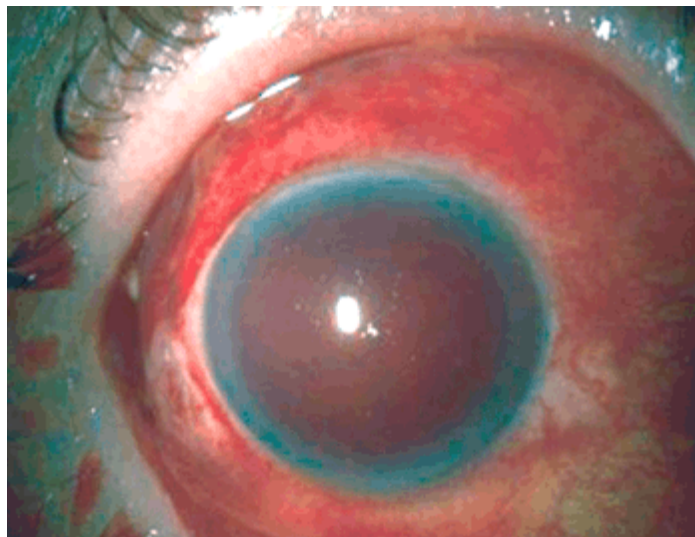


Fig. 70 – Hifema total

### **SINAIS E SINTOMAS**

- É referida história de traumatismo fechado. Espasmo palpebral.
- Olho vermelho.
- Visão enevoada.
- Dor.
- Sonolência, principalmente em crianças.

### **TRATAMENTO**

- O doente quando apresenta hifema grave fica internado, com uma protecção ocular, sem penso e repouso no leito.
- Administração de anti-inflamatórios e hipotensores oculares.
- Em casos graves pode estar indicado cirurgia.

## **TRAUMATISMO OCULAR POR RADIAÇÃO**

Trata-se de um traumatismo ocular por radiação sob a forma de queratite (a córnea é muito sensível às radiações). Esta forma de traumatismo está frequentemente associada à profissão do soldador que não use protecção ocular apropriada contra as radiações ultravioleta.

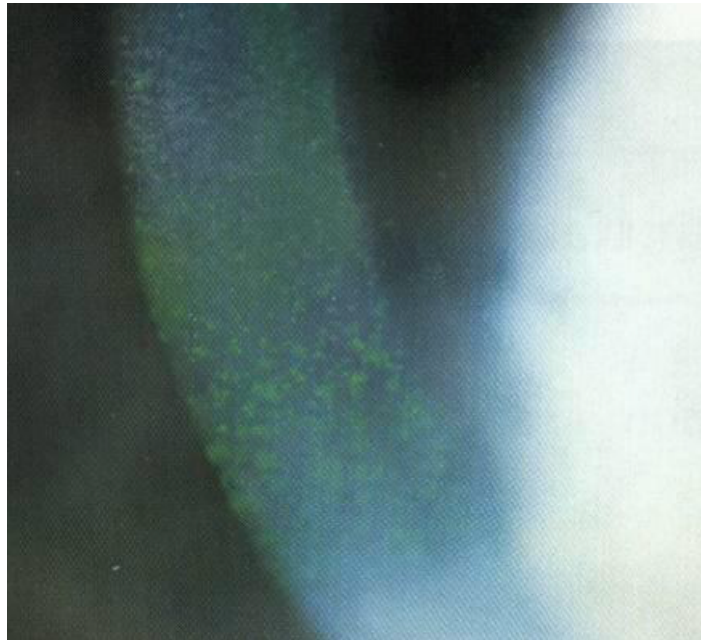


Fig.71 – Microlesões epiteliais

### **SINAIS E SINTOMAS**

- Dor (o sintoma mais importante para o doente).
- Fotofobia.
- Epífora.
- Sensação de corpo estranho.
- Blefarospasmo .

### **ETIOLOGIA**

- A lesão por radiação ultravioleta pode ocorrer em diversas situações, como:
- Falta de protecção ocular adequada (ex. na frequência de solários);
- Exposição ocular à luz solar a altas altitudes, sem protecção adequada;
- Reflexo da luz solar na neve (ex: esquiador a altas altitudes num dia solarengo).

As radiações ultravioletas penetram ligeiramente, causando apenas necrose superficial no epitélio corneano.

### **TRATAMENTO**

- Cicloplégico tópico – para permitir o repouso ocular;
- Antibiótico tópico – não há alívio imediato da dor, devendo o doente evitar fazer movimentos oculares;
- Penso oclusivo;
- Enviar para uma oftalmologista.

## **TRAUMATISMO CONTUSO DA ÓRBITA COM FRACTURA BLOW-OUT**

Um olho lesado pode não se elevar quando o doente olha para cima. Este “olho calmo” evoca um tipo específico de traumatismo – o traumatismo contuso da órbita, que pode coexistir com o traumatismo contuso do globo ocular – o traumatismo contuso do globo ocular pode comprimir os conteúdos da órbita de forma tão severa que ocorra fractura da parede da órbita.

### **SINTOMAS**

- No caso de um traumatismo contuso da órbita, o mais frequente é ocorrer a chamada fractura blow-out – fractura do pavimento da órbita dado que esta é a zona de maior fraqueza (e dentro desta a área mais frágil é a postero-interna) da parede da órbita.

Há ainda que estar atento aos sinais indirectos desta situação:

- Enoftalmia (os olhos estão metidos para dentro, “encovados”) e possível diminuição da fenda palpebral;
- Hematoma, rubor, edema e outros sinais inflamatórios;
- Epistaxis;
- Enfisemas – durante a palpação das pálpebras inchadas, poderão ser sentidas crepitações, resultantes da entrada de ar na órbita proveniente dos seios perinasais; deve ser recomendado ao doente que evite assoar-se durante os quatro ou cinco dias seguintes, de modo a não forçar a entrada de ar ou microrganismos na órbita; em

alternativa, o doente pode administrar um descongestionante nasal, devendo consultar um oftalmologista;

- Hiperestesia facial, quando há lesão do nervo infra-orbitário, localizado no pavilhão da órbita.
- 

#### **TRATAMENTO**

- Esta situação clínica constitui uma urgência médica que pode ou não requerer cirurgia. A cirurgia restauradora da anatomia normal da órbita e da integridade da mesma deve ser realizada dentro de *dez dias*, minimizando o risco de dano irreversível resultante da cicatrização do recto inferior afectado. Quando o tratamento é rápido, o prognóstico é bom. Deve-se também realizar a profilaxia do tétano e o tratamento com antibióticos

## **TRAUMATISMO CONTUSO DA ÓRBITA COM NEUROPATIA ÓPTICA**

No caso de traumatismo contuso da órbita, com diminuição da acuidade visual (sinal de alarme!), devem-se pesquisar sempre os reflexos pupilares – a constatação de defeito pupilar aferente relativo confirma o diagnóstico de neuropatia óptica traumática.



Fig. 72 - Traumatismo contuso com neuropatia óptica.

Esta neuropatia óptica traumática pode ser causada por:

- Fractura do canal óptico – pode ser detectada pela TC;
- Hemorragia – pode levar à compressão do nervo óptico no canal;
- Estiramento do nervo óptico – com os movimentos bruscos resultantes do traumatismo, causando a sua irritação e conseqüente edema.

### **TRATAMENTO**

- Se for feito tratamento atempado com corticosteróides endovenosos, pode haver uma diminuição do edema e consequente restituição de alguma visão.

## **TRAUMATISMO PERFURANTE DO GLOBO OCULAR**

Quando o doente refere sensação de entrada de corpo estranho e este for, com grande probabilidade, de natureza metálica e não visível à observação, deve sempre pensar-se em traumatismo perfurante do globo ocular. Isto porque, os corpos metálicos são animados de grande velocidade e quentes, penetrando profundamente no globo ocular (podendo causar endoftalmite). Além disso, neste tipo de traumatismo sente-se apenas a entrada do corpo estranho na córnea e na conjuntiva porque, a partir dessas estruturas, não há terminações nervosas para a dor.

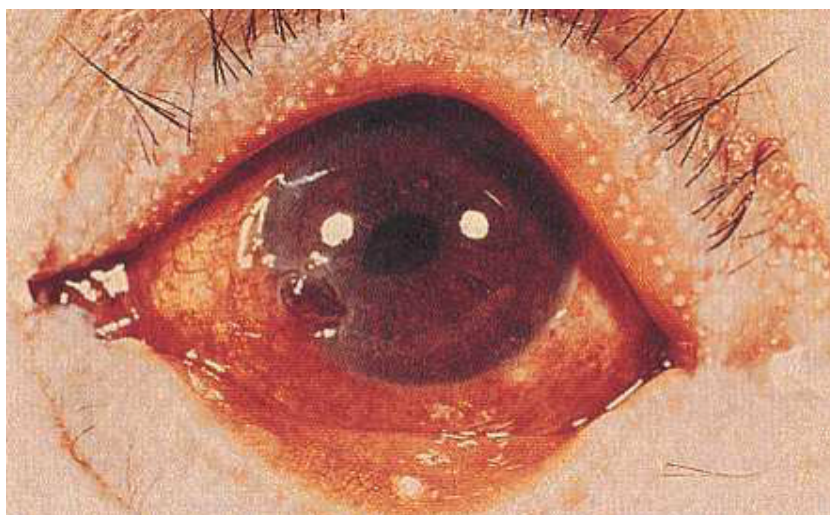


Fig.73 - A córnea apresenta uma porta de entrada causada pela penetração de um corpo estranho

### **DIAGNÓSTICO**

- A história clínica tem uma extrema importância neste casos, pois muitas vezes a sintomatologia passa despercebida. Deve inspeccionar-se cuidadosamente a superfície ocular, procurando por qualquer lesão e possíveis lacerações que possam indicar locais de entrada de corpos estranhos. Muitas vezes essas lesões são difíceis de serem identificadas.
- Nesta situação, é fundamental a pesquisa do corpo estranho intra-ocular através de Rx da órbita, que permite a sua observação imediata.
- Este tipo de traumatismo está também frequentemente associado ao caso do agricultor que estava a cavar e afirma que bateu uma pedra no olho – deve-se suspeitar desta história e ponderar que o que mais provavelmente embateu no olho foi um corpo metálico e, portanto, excluir sempre esta hipótese mediante a realização de um Rx da órbita.

### **TRATAMENTO**

- No traumatismo perfurante do globo ocular, as manobras de manuseamento estão contra-indicadas. Assim, o procedimento correcto (principalmente em grandes feridas perfurantes) consiste em:
- Não manipular,
- Não aplicar qualquer tipo de pomada,
- Colocar um protector ocular (é mais duro que o penso ocular),
- Enviar para um oftalmologista.

Pode-se ainda:

- Administrar um antibiótico sistémico de largo espectro (quinolona e vancomicina),
- Vacinar contra o tétano,
- Recomendar ao doente que não coma nem beba porque necessitará certamente de intervenção cirúrgica.

## ADMINISTRAÇÃO DE COLÍRIOS E POMADAS

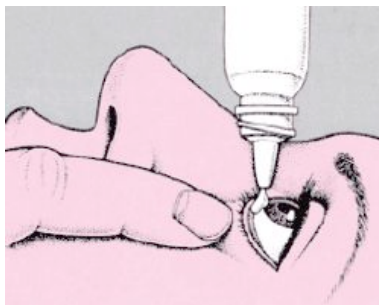


Fig.74 – Aplicação de colírios

### Colírios

- ❖ Antes de aplicar colírios nos olhos, lave as mãos.
- ❖ Inclinar a cabeça do doente para trás. Com o polegar e o dedo indicador, puxe a pálpebra inferior para baixo com cuidado, formando uma bolsa.
- ❖ Aplicar o colírio próximo da pálpebra, mas sem tocá-la.
- ❖ Administrar a dose prescrita nessa bolsa e fechar os olhos devagar.
- ❖ Manter o olho fechado, fazer um pouco de pressão no canto interno do olho por um minuto ou dois para impedir que o medicamento saia pelo ducto.
- ❖ No caso de estar prescrito mais que uma gota por olho, aguardar pelo menos cinco minutos antes de aplicar a próxima gota. Esta pausa ajuda a garantir que a primeira gota não seja lavada pela segunda ou que a segunda não seja diluída pelas lágrimas da primeira.

### Pomadas para os olhos

- ❖ Para aplicar pomada nos olhos, colocar a pomada na bolsa formada pela pálpebra (a mesma para administração de colírios), evitando tocar com a bisnaga na pálpebra, e feche o olho.
- ❖ Certificar que o colírio ou a pomada seja de uso ocular (todos os produtos para uso nos olhos devem ser esterilizados para impedir infecções) e verificar a data de validade.

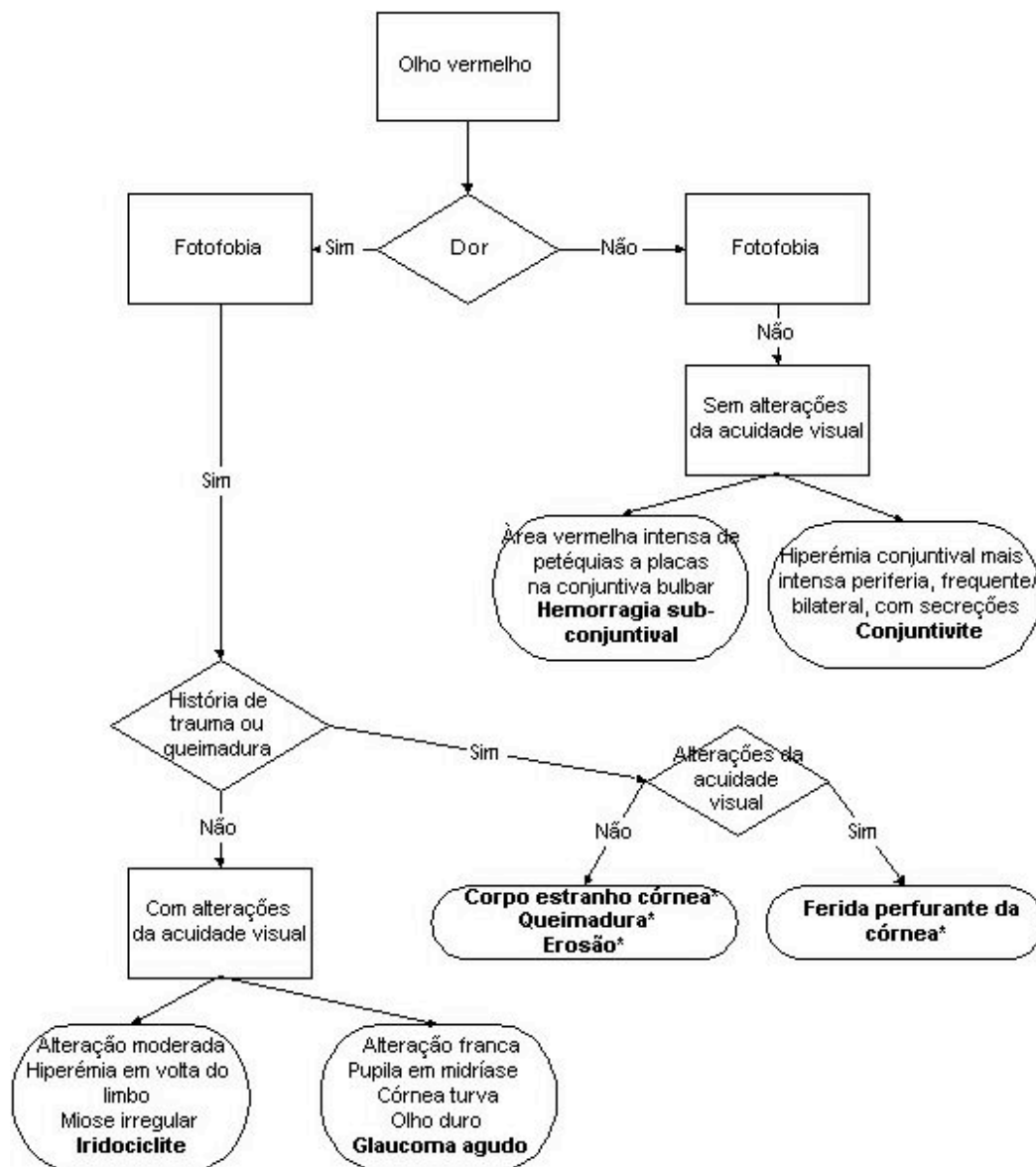


Fig.71 – Aplicação de pomada

## AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DO TRAUMA OCULAR

<b>Estrutura</b>	<b>Aspecto e características associadas</b>	<b>Implicação</b>
<b>Pálpebras</b>	Laceração das margens das pálpebras	Requer uma reparação precisa
	Lesão penetrante	Verificar a perfuração do globo ocular
	Envolvimento do canto medial	Verificar o dano canalicular
<b>Conjuntiva</b>	Hemorragia subconjuntival	Habitualmente inofensiva, mas excluir a perfuração no caso da PIO ser baixa
<b>Esclera</b>	Coloração cinzenta ou castanha na esclera	Verificar perfuração ou laceração escleral
<b>Córnea</b>	Corpo estranho Abrasão	Remover o corpo estranho Tratar com antibióticos e oclusão
	Múltiplas áreas puntiformes causadas por solda elétrica	Tratar como uma abrasão
	Laceração com prolapso da íris	Requer uma reparação urgente
<b>Câmara anterior</b>	Sangue na câmara anterior - hifema	Normalmente soluciona-se com um tratamento conservador; em caso de glaucoma secundário, baixar a PIO com diamox
<b>Pupila</b>	Dilatada	Verificar a laceração com prolapso da íris e remetê-la para reparação urgente
	Em forma de D – Diálise da íris	Tratar conservadoramente mas verificar se ocorre um glaucoma secundário
<b>Cristalino</b>	Tremor de íris – provável deslocamento do cristalino	Normalmente requer a sua remoção
	Cristalino opaco	Cristalino acometido, resultando numa catarata
<b>Reflexo vermelho</b>	Nenhum reflexo ou reflexo vermelho fraco	Possível hemorragia vítrea
<b>Proptose</b>	Pálpebras inchadas e olhos salientes	Fractura violenta da parede medial com ar na órbita, contusão orbitária ou hematoma subperiosteal
<b>Enoftalmo</b>	O olho parece menor – afundamento do globo ocular	Fractura violenta da parede inferior

## Fluxograma olho vermelho



## **CONCLUSÃO**

As patologias oftalmológicas graves que implicam intervenção e tratamento urgente, não representam um risco para a vida do doente. No entanto, é vital que elas não se tornem um potencial ameaça quer para o seu bem-estar físico quer para o seu equilíbrio emocional.

Uma vez perdida, a visão não pode ser restabelecida. Para que isso nunca venha acontecer, é absolutamente imperativo que o enfermeiro da urgência avalie com competência e profissionalismo os doentes que apresentam problemas oculares e detecte, inequivocamente, os casos em que a visão está potencialmente em risco.

Desse trabalho minucioso e responsável de diagnóstico precoce numa urgência oftalmológica, poderá resultar a prevenção da visão, sentido vital para o equilíbrio e o bem-estar do ser humano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GUEZALA, Miguel Ángel Teus; et al - **Guia Prática de Oftalmología** – Agencia Laín Entralgo, 2008, ISBN 978-84-691-0513-9

LEDFORD Janice, PINEDA II Roberto – **Eye Book- A pupil's guide to understanding ophthalmology** - Slack Incorporated, 2002, ISBN 1-55642-560-0

PALAY,David A.; KRACHMER, Jay H. – **Princípios básicos de oftalmologia** – Loures: Lusociência, 1999, ISBN 972-8383-08-8

SHEEHY'S – **Enfermagem de Urgência Da teoria à Prática - Lusociência**, 2001, 4ª Edição, ISBN: 972-8383-16-9

WEBB,L ennox A. – **Manual de Urgencias Oftalmológicas – Diagnóstico y tratamiento** – Elsevier España, S.A. , 2005, ISBN 84-8174-845-5

# ANEXO 8

Documentos relativos à conferência  
“Enfermagem Forense”

**Exmº. Senhor**  
**Presidente do Conselho de Administração**  
**do Hospital de São Teotónio E.P.E. – Viseu**

Assunto: Pedido do Auditório.

**Anabela Ferreira Chaves Correia Gonçalves**, enfermeira Graduada do Quadro de Pessoal desta Instituição com o nº mecanográfico 4129, a exercer funções no Serviço do Bloco Operatório, a frequentar a Especialidade Médico/Cirúrgica na Universidade Católica de Viseu vem muito respeitosamente, como aluna e em parceria com o Serviço de Urgência, requerer a V. Ex<sup>a</sup>. que lhe seja cedida a utilização do Auditório do DEP, dia 30 às 14 horas, para a realização duma Conferência aberta a toda a comunidade Hospitalar subordinado ao tema: Enfermagem Forense. Estarão presentes prelectores convidados, os digníssimos Mestre Albino Gomes e Enfermeira Isabel Trindade, especializados na área.

Saliento que o programa fica sujeito a alterações, que sejam oportunas.

Com os melhores cumprimentos,

Pede Deferimento

Viseu, 17 de Novembro de 2010

Exmo. Sr. Enfermeiro

Albino Gomes

Inserida no seu plano de formação, vai o serviço de Urgência do Hospital São Teotónio de Viseu levar a efeito uma conferência subordinada ao tema: **Enfermagem Forense**.

A presente formação é dinamizada e coordenada pela Enfermeira Anabela Chaves, aluna do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa em colaboração com os respectivos tutores do serviço.

Assim, neste contexto, vimos convidar Vossa Excelência para abordar o tema supra citado.

Informamos ainda que a conferência decorrerá no Auditório do Hospital São Teotónio EPE – Viseu, no próximo dia 30 de Novembro entre as 14:00 e as 17:00 horas e será dirigida a profissionais de saúde.

Com os melhores Cumprimentos

Viseu, 22 de Novembro de 2010

O Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência

António Luís Presas

A aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização Enfermagem Médico-cirúrgica

Anabela Chaves

# CONFERÊNCIA

## Enfermagem Forense

30 novembro 2010 ⌚ 14.00h

Auditório do Hospital São Teotónio EPE-Viseu

Tema: " ENFERMAGEM FORENSE "

**Enfermagem Forense:** Uma especialidade a conhecer

Enfermeira Isabel Trindade – Aluna da Pós-Graduação em Enfermagem Forense



Coffee - Break

**Preservação De Vestígios No Serviço De Urgência**

Enfermeiro Albino Gomes – Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses

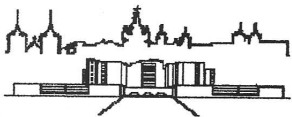
**Organização:**

Anabela Chaves Aluna do Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na UCP

Enfermeira Anabela Antunes Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (Coordenadora do campo de estágio no SU)

Enfermeiras Isabel Avares; Goreti Fernandes (Tutoras do estágio no SU)





## CONFERÊNCIA

### Tema: “ ENFERMAGEM FORENSE”

#### **ENFERMAGEM FORENSE: Uma especialidade a conhecer**

Enfermeira Isabel Trindade – Aluna da Pós-Graduação em Enfermagem Forense

Coffee-Break

#### **PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Enfermeiro Albino Gomes – Mestre em Medicina e Ciências Forenses

**Data:** 30 de Novembro de 2010 às 14 horas

**Local:** Auditório do Hospital São Teotónio EPE-Visou

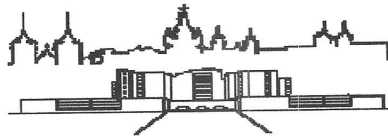


**Organização:** Anabela Chaves – Aluna do Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na UCP

Enfermeira Anabela Antunes – Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (Coordenadora do campo de estágio no SU)

Enfermeiras Isabel Tavares; Goreti Fernandes (Tutoras do estágio no SU)





## **Hospital de São Teotónio, E.P.E.**

*Departamento de Educação Permanente*

*Avenida Rei D. Duarte,*

*3504-509 Viseu*

*NIF 506 361 578*

# **Declaração**

Para os devidos efeitos, se declara que **Anabela Ferreira Chaves Correia Gonçalves**, aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica de Viseu, a estagiar no serviço de Urgência Geral, participou na organização da conferência **Enfermagem Forense**, com os temas: “**Enfermagem Forense uma especialidade a conhecer**” e “**Preservação de vestígios no Serviço de Urgência**”.

Esta conferência foi realizada no Auditório do Departamento de Educação Permanente do Hospital S. Teotónio, E.P.E. no dia 30 de Novembro de 2010.

HST, E.P.E. 02 de Dezembro de 2010

A Presidente do DEP



(**Maria José Santos, Dr.ª**)

Acreditação reconhecida por Despacho n.º 1136 de 25/11/99 da Ex.<sup>ma</sup> Ministra da Saúde

# ANEXO 9

Plano da conferência  
Plano da sessão de formação

# Enfermagem Forense

**30 novembro 2010** 🕒 **14.00h**

Auditório do Hospital São Teotónio EPE-Viseu

# Programa

**30 novembro 2010** 🕒 **14.00h**

Auditório do Hospital São Teotónio EPE-Viseu

A Enfermagem Forense é um novo domínio da prática de Enfermagem, que ainda permanece desconhecido entre nós enfermeiros, mas que no futuro terá grande expansão em Portugal.

A Enfermagem Forense consiste na aplicação da ciência forense à prática clínica da Enfermagem. Trata-se da aplicação de uma série de aspectos forenses aos cuidados de saúde. Pretende-se combinar a formação orientada para uma abordagem global da Pessoa, pela Enfermagem, na investigação científica e tratamento do trauma, na vivência da morte, violência ou actividade criminosa, no contexto da comunidade clínica ou institucional.

## Tema: “ ENFERMAGEM FORENSE ”

**14.00 | Enfermagem Forense: Uma especialidade a conhecer**  
Enfermeira Isabel Trindade

Aluna da Pós-Graduação em Enfermagem Forense

**Coffee - Break** ☕

**15:00 | Preservação de Vestígios no Serviço de Urgência**  
Enfermeiro Albino Gomes

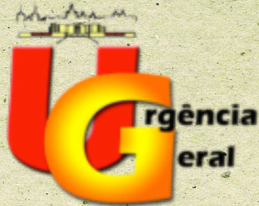
Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses

# CONFERÊNCIA

## Enfermagem Forense

30 novembro 2010 ⌚ 14.00h

Auditório do Hospital São Teotónio EPE-Viseu



Hospital São Teotónio de Viseu EPE

### Organização:

Anabela Chaves Aluna do Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na UCP  
Enfermeira Anabela Antunes. Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (Coordenadora do campo de estágio no SU)  
Enfermeiras Isabel Tavares; Goreti Fernandes (Tutoras do estágio no SU)

## Plano de Acção de Formação

<b>Tema: Conferência “Enfermagem Forense”</b> Moderadora: Anabela Chaves		<b>Local:</b> Auditório do Hospital são Teotónio Viseu EPE		<b>Data:</b> 30-11-2010		<b>Duração:</b> 3 Horas	
<b>Formadores:</b> Enf. <sup>a</sup> Isabel Trindade – Aluna pós-graduação Enfermagem Forense Enf. <sup>o</sup> Albino Gomes – Mestre em Medicina legal e Ciências Forenses		<b>Destinatários:</b> Profissionais de Saúde do HSTV e alunos de Enfermagem		<b>Pré-requisitos:</b>			
<b>Objectivo Geral:</b> <i>Divulgar a Enfermagem Forense / Importância da Preservação de provas</i>							
Formad	Objectivos Específicos:	Conteúdos programáticos:	Método	Técnicas / Estratégias	Recursos	Critérios de avaliação	Tempo
Introdução Anabela Chaves	- Apresentar Formadores e Tema	- Contextualização da realidade	- Expositivo	- Power Point	- Computador Videoprojector  Suporte papel	Observar a motivação e interesse do grupo	5min
Desenvolvimento Albino G. / Isabel T.	- Transmitir conhecimentos e competências sobre aplicação das ciências forenses.  - Transmitir conhecimentos para intervir, aplicando o processo de enfermagem, na recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal e na ligação ao sistema judicial.	- Definição de Enfermagem Forense -Aplicação da ciência Forense na prática de Enfermagem  -Importância da preservação de provas -Técnicas de preservação de provas	- Expositivo - Activo - Interrogativo	- Power Point	- Computador Videoprojector  Suporte papel	Observar a motivação e interesse do grupo através da sua participação	3horas
Conclusão Anabela Chaves	- Sintetizar conteúdos - Esclarecer dúvidas		- Expositivo - Activo - Interrogativo	- Power Point	- Computador Videoprojector  Suporte papel	Questionar sobre dúvidas	5min

# ANEXO 10

Artigo: "Violência Doméstica"

# Violência Doméstica



Anabela Ferreira Chaves Correia Gonçalves

Aluna do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadora: Professora Teresa Borges

## RESUMO

Violência doméstica é um fenómeno cada vez mais comum na nossa sociedade, assim como por todo o mundo, tendo sido denunciada a partir dos anos 60/70 pelos movimentos feministas.

Segundo, Sheehy's (2001), violência doméstica é “o termo que designa a violência no seio do agregado familiar. Se bem que o termo abranja abuso da criança, abuso sexual e abuso do idoso, ele é usado principalmente para designar maus tratos ao cônjuge ou companheiro(a).”

Este fenómeno antigo, tornou-se recentemente num problema social, face a uma maior sensibilidade e intolerância à violência na actualidade.

Portugal tem vindo a definir um percurso integrado e sistemático no combate à violência doméstica, através da adopção e implementação de Planos Nacionais contra a Violência

Doméstica, surgindo como instrumentos de sustentação da acção política para prevenir e intervir sobre a violência doméstica.

Algumas organizações não governamentais como a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), instituição particular de solidariedade social, abraçaram a causa que tem como objectivo estatutário promover e contribuir para a informação, protecção e apoio aos cidadãos vítimas de infracções penais.

É, em suma, uma organização sem fins lucrativos e de voluntariado, que apoia, de forma individualizada, qualificada e humanizada, vítimas de crimes, através da prestação de serviços gratuitos e confidenciais.

### **Abstract**

Domestic violence is an increasingly common phenomenon in our society, as well as throughout the world and it has been denounced since the 60s/70s (sixties/seventies) by feminist movements.

According to Sheehy's (2001), domestic violence is "the term that refers to violence in the family. Although the term refers to child abuse, sex abuse and elderly abuse, it is mainly used to refer to the spouse or partner's abuse".

It is considered an old phenomenon but it has recently become a social problem due to the greater sensitivity and intolerance towards violence.

Portugal has come to define an integrated and systematic way in domestic violence fighting through the adoption of National Plans against Domestic Violence.

Some nongovernmental organizations such as Portuguese Association to the Support of the victim, a private social institution which has the objective to promote and to contribute to the information, protection and assistance of all citizens victims of criminal offenses.

To sum up, it is a nonprofit and volunteer organization that supports the victims of crime by providing free and confidential support and qualified human help.

**Palavras-chave:** Violência Doméstica; Apoio à Vítima; Profissional de Saúde;

## Violência Doméstica

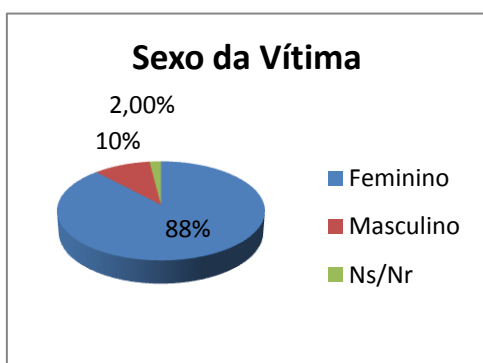
A violência doméstica pode afectar vários tipos de vítimas (crianças, adolescentes, idosos, homens e mulheres), a realidade é que a violência contra estas últimas é aquela que mais se tem verificado.

As Nações Unidas têm procurado combater a violência contra as mulheres, considerando a violência em razão do sexo, nomeadamente a violência doméstica, como um dos principais obstáculos ao pleno gozo dos direitos humanos das mulheres. A declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, adoptada em Dezembro de 1993 pela Assembleia Geral da Nações Unidas, afirma que “A violência contra as mulheres é uma manifestação de desigualdade histórica das relações de poder entre sexos, que conduziram à dominação sobre as mulheres e à discriminação contra as mulheres por parte dos homens, e à obstaculização do seu pleno progresso...”

Podem-se distinguir vários tipos de violência doméstica como: **violência Física** sendo a acção ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física de uma pessoa; **Violência Psicológica** a ameaça directa ou indirecta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que explique prejuízo à saúde psicológica, à auto-determinação ou ao desenvolvimento pessoal; **Violência Sexual** a acção que obriga uma pessoa a manter contacto sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal.

Suportando-nos nos dados estatísticos, da APAV em 2009, indicam que os crimes de violência doméstica perfizeram um total de 90,3% dos crimes registados, um total de 6682 processos.

Em relação à caracterização, estas são maioritariamente do género feminino (88%), com idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos de idade (32,6%).



Fonte: Relatório Estatístico – APAV 2009

Neste momento, a APAV tem uma rede de gabinetes de Apoio à Vítima com 15 Gabinetes, 2 Casas Abrigo, uma Unidade de Apoio à Vítima Imigrante e um Projecto também na área da Imigração, as Unidades Orgânicas (UO) da APAV. De realçar, o

trabalho efectuado por esta instituição que é também constituída por voluntários que tentam auxiliar da melhor forma aqueles que são vítimas.

Os distritos de residência das vítimas como se tem verificado anteriormente são as grandes cidades, tais como Lisboa (23,9%), Porto (12,3%) e Faro (9,6%).

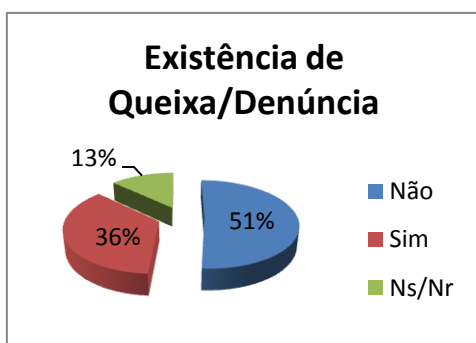
As relações de conjugalidade entre vítima e autor do crime destacam-se grandemente no que diz respeito aos crimes de Violência Doméstica, dado que ultrapassam os 55% do total de casos registados. Ainda segundo os dados da APAV é de salientar as relações de ex-cônjuge/companheiro (10%), de pai/mãe (9,8%) e de filho/a (8%).

Em 2009, registaram-se 43 homicídios, mais sete do que em 2008, sendo que quatro foram cometidos por mulheres. Em 2008 foram julgados 36 casos de homicídio conjugal, dos quais cinco praticados por mulheres.

Quanto ao local do crime a violência é também uma dimensão importante para compreender o contexto social associado à produção e reprodução do fenómeno. De facto, alguns espaços estão marcados por relações de poder, afectivas, sociais e económicas, que condicionam a interacção entre o agressor e a vítima ao longo do tempo. O local preferencial para a ocorrência destas formas de vitimação, continua a ser a residência comum, ultrapassando os 65%, seguindo da residência da vítima (11,2%). “Na sociedade portuguesa, este espaço fez parte de uma esfera privada relativamente protegida dos poderes públicos, muitas vezes mais preocupados em assegurar a manutenção da dimensão formal e jurídica da relação do que permitir as condições materiais necessárias ao desenvolvimento igualitário e equilibrado com outras esferas da vida...”, afirma Lisboa (2005).

Os locais públicos apresentam uma percentagem na ordem dos 6,8%.

Em relação à existência de queixa, dos 6682 processos registados, em 36% dos mesmos foi efectuada queixa junto das entidades competentes para esse efeito.



Fonte: Relatório Estatístico – APAV 2009

O combate à violência doméstica tem sido uma das principais preocupações da sociedade portuguesa a todos os níveis, e em especial do poder político. A

implementação do **III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007- 2010)** que aponta para a consolidação de políticas de prevenção e combate à violência doméstica, através de acções em sintonia com as autoridades públicas e organizações não governamentais, sendo a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM) a dinamizadora do plano.

No âmbito do III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, está previsto um conjunto de acções que visam a adopção e o reforço de respostas sociais de base comunitária dirigidas à redução dos efeitos nocivos da vitimação, incluindo a concepção e implementação de programas de prevenção, designadamente na área da Saúde, define 5 áreas estratégicas de intervenção:

- 1 – Informar, Sensibilizar e Educar
- 2 – Proteger as Vítimas e Prevenir a Revitimação
- 3 – Capacitar e Reinsere as Vítimas de Violência
- 4 – Qualificar os profissionais
- 5 – Aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno da Violência Doméstica

Neste domínio promoveu-se a implementação de uma experiência-piloto, no âmbito regional de quatro das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), implicando a criação de uma rede de serviços multidisciplinares de detecção, encaminhamento e intervenção adequados e a promoção de uma abordagem integrada e multisectorial das diversas problemáticas associadas à Violência Doméstica.

### **Abordagem nos casos de violência**

Os profissionais que trabalham nos Cuidados de Saúde Primários e nos Serviços de Urgência estão estrategicamente posicionados para diagnosticar, intervir e encaminhar mais precocemente os casos de violência doméstica. Os enfermeiros são os primeiros a contactar com a maioria das vítimas, pois é nos serviços de saúde que normalmente procuram ajuda, permitindo a possibilidade de construir elos de confiança e reconstruir conceitos sobre violência, com vistas a reduzir os índices deste fenómeno e mudar a realidade social.

Segundo Penna e Santos (2007), o profissional de saúde no atendimento à vítima deve estabelecer uma escuta sensível e humanizada. Existem diversas formas institucionais de organizar respostas ao problema. Muitas respostas são manifestadas durante o diálogo, outras podem acontecer em sequência de encaminhamentos a serem definidos com a mulher e outras com a participação da família inclusive do agressor.

Durante o atendimento à vítima, se identifica-mos que a mulher sofre violências, recomenda-se que não espere outra oportunidade, a postura é auxiliar a mulher a perceber a sua situação, oferecer recursos disponíveis no serviço e na rede social de apoio, estimulando-a a aceitar ajuda.

O profissional de saúde, deve realçar que haverá sigilo no seu atendimento, que o sofrimento pode terminar, que existem diversos caminhos para situações desse tipo e que os profissionais estão dispostos a ajudar.

### **Sistemática do atendimento**

As mesmas autoras sugerem um fluxograma de atendimento:

No atendimento, a avaliação e a triagem deve ser realizada pela equipa de saúde.

Caso se confirme, actuar segundo protocolo com o consentimento da vítima ou responsável.

Encaminhar a vítima aos profissionais da equipa multidisciplinar (relatar o caso à equipa: definição, prognósticos e estratégias).

Fazer uma abordagem por meio de entrevista, exames clínicos, visitas domiciliárias e outros.

Posteriormente tomar medidas legais de protecção.

Caso a vítima recusar ajuda, o profissional deverá registar, e notificar os órgãos legais e de protecção.

A equipa de saúde deve oferecer orientações e suporte para que a mulher vítima de violência possa compreender o problema, tomando uma decisão que lhe pareça a mais adequada. Cuidar de mulheres vítimas de violência é zelar pelos direitos humanos e valorizar, prática dos cuidados.

### **CONCLUSÃO**

Pensar que a intervenção em situações de violência doméstica é ainda tarefa exclusiva da esfera judicial ou policial é um engano. Esta é uma tarefa de todos quantos trabalham nos serviços de saúde onde as vítimas de violência doméstica recorrem nesse momento da sua vida. É fundamental a identificação de situações de violência doméstica e o desenvolvimento de padrões de boas práticas de enfermagem para intervir e minimizar os danos. A articulação multidisciplinar e interinstitucional é fundamental. O primeiro técnico a ter contacto com a vítima é geralmente um enfermeiro. Este tem o dever de sinalizar a situação, articulando-se com os recursos existentes na comunidade, sempre numa atitude de serenidade e confiança. Paraphrasing the Nurse Rosa Pantaleão, “temos o dever de transformar o despertar das nossas consciências em atitudes”...

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – Estatísticas APAV [em linha], [consultado a 30/10/2010], disponível em:  
[http://www.apav.pt/portal/pdf/estatísticas\\_apav\\_2009.pdf](http://www.apav.pt/portal/pdf/estatísticas_apav_2009.pdf)

III Plano Nacional Contra a Avaliação Doméstica, [em linha], [consultado a 30/10/2010], disponível em:  
[http://www.portugal.gov.pt/pt/.../Prop\\_3\\_Plano\\_Contra\\_Violencia\\_Doméstica.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/.../Prop_3_Plano_Contra_Violencia_Doméstica.pdf)

Ferreira, M. 2005. Da intervenção do Estado na questão da violência conjugal em Portugal Coimbra, Almedina, 318p.

Nações Unidas Centro para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários, Gabinete das nações Unidas de Viena, 2003. Estratégias de combate à violência doméstica: Manual de recursos. Gabinete das Nações Unidas de Viena; Centro para o desenvolvimento social e Assuntos Humanitários; trad. Emanuel Fernando Gomes de Barros Matos – Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 128p.

Org. Fernandes, 2007. Enfermagem e saúde da mulher. Manole, XVII, 325p. Série Enfermagem Saúde da mulher, pág. 171- 189

Portugal, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da saúde, 2005. Saúde e violência contra as mulheres: estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência que lhe tenham sido vítimas – Coord. Manuel Lisboa, Luísa Branco Vicente, Zélia Barroso - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 43p.

Sheehy's, S. 2001. Enfermagem de Urgência Da teoria à Prática. Loures: Lusociência, 4ªed., 877p.