



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

por Carlos Francisco Pontes Figueira

PORTO, Maio de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

por Carlos Francisco Pontes Figueira

Sob orientação da Professora Lúcia Rocha

PORTO, Maio de 2012

RESUMO

Este Relatório de Estágio visa a aquisição do grau de mestre e demonstra capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações sociais e éticas, assim como permite comunicar adequadamente as conclusões. Está dividido em três partes: Introdução, Análise Crítico-Reflexiva por módulos de estágio e por fim a Conclusão.

Na Introdução está exposto o enquadramento do curso, nomeadamente em termos profissionais com a referência ao papel do Enfermeiro Especialista como detentor de competências diferenciadas, os objetivos do Relatório, uma breve referência à metodologia utilizada, bem como a justificação para a estrutura do trabalho. Ainda neste capítulo está uma apresentação dos módulos realizados em Estágio e a justificação pelas opções realizadas.

Na Análise Crítico-reflexiva encontram-se a descrição e a reflexão acerca das atividades realizadas em cada campo de Estágio, bem como de que forma e com que dificuldades os objetivos e competências foram respetivamente atingidos e adquiridas. Optou-se por dividir em subcapítulos cada módulo e em cada um deles diferenciou-se os pontos da prestação de cuidados, gestão, formação e situações problema identificadas. A realização destes 3 módulos permitiu-me ter uma perceção do circuito completo do doente: Pré-hospitalar, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

Na Conclusão são expostas as considerações finais. Em relação às situações problema identificadas refletiu-se e sugere-se algumas soluções para as contornar ou resolver. É realizada uma abordagem acerca das novas competências adquiridas e de que forma isso deve e pode mudar a minha abordagem no trabalho nas diferentes áreas em que o Enfermeiro Especialista se diferencia e como essa distinção pode trazer ganhos em saúde.

ABSTRACT

This report aims at the acquisition stage of the master degree and demonstrates ability to identify problems and develop solutions, to reflect on the actions taken and their social and ethical implications, as it allows adequately communicate the findings. It is divided into three parts: Introduction, Analysis Critical-Reflexive modules on stage and Conclusion.

In the Introduction framework of the above is underway, notably in professional terms with reference to the role of the nurse specialist as having different skills, the objectives of the report, a brief reference to the methodology used and the justification for the structure of work. Although this chapter is a presentation of the modules performed on stage and the reasons for the choices made.

In Analysis Critical-Reflexive are the description and reflection on the activities undertaken in each field stage, as well as how and with what difficulties the objectives and competencies have been achieved and acquired respectively. We decided to split into subchapters each module and each differed from the points of care, management, training and problem situations identified. The realization of these three modules allowed me to have a perception of the complete circuit of the patient: Pre-hospital Emergency Department and Intensive Care Unit.

In Conclusion concluding remarks are exposed in relation to identified problem situations reflected and suggests some solutions to overcome or solve. It made an approach about the new skills acquired and how it can and should change my approach at work in different areas in which the Nurse Specialist is differentiated and how this distinction can bring health gains.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus avós, pais, irmão e companheira.

Dedico ao meu avô.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BIPAP - *Bi Level Positive Airway Pressure*

BIS – Índice *Bispectral*

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DRP – Delegação Regional do Porto

ECTS - *European Credit Transfer and Accumulation System*

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

CHSJ-Porto – Centro Hospitalar São João do Porto

INEM – Instituto Português de Emergência Médica

IPO-Porto – Instituto Português de Oncologia do Porto

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SANP – Serviço de Atendimento Não Programado

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP-G – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	13
1. O ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO DO PORTO	17
1.1. Gestão	18
1.2. Formação	20
1.3. Prestação de Cuidados	22
1.4. Situações Problema Identificadas	27
2. O ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE GERAL DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO DO PORTO	31
2.1. Gestão	33
2.2. Formação	34
2.3. Prestação de Cuidados	36
2.4. Situações Problema Identificadas	39
3. O ESTÁGIO EM ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR NA DELEGAÇÃO REGIONAL DO PORTO DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA	43
3.1. Gestão	44
3.2. Formação	46
3.3. Prestação de Cuidados	49
3.4. Situações Problema Identificadas	55
4. CONCLUSÃO	59

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- Anexo I** Caracterização dos Campos de Estágio
- Anexo II** Acção de Formação: Administração de Fármacos por Via Subcutânea e Hipodermoclise: Uma Solução
- A) Contextualização Teórica do Tema
 - B) Marcador de Bolso - Compatibilidade dos Fármacos pela Via Subcutânea
- Anexo III** Acção de Formação: Comunicação de Más Notícias
- A) Contextualização Teórica do Tema
 - B) Marcador de Bolso – Os Seis Passos para a Comunicação de Más Notícias
 - C) Diapositivos da Formação
- Anexo IV** Acção de Formação: Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia
- A) Contextualização Teórica do Tema
 - B) Planificação da Formação
 - C) Panfleto da Formação
 - D) Diapositivos da Formação
 - E) Ficha de Avaliação
 - F) Resultados da Avaliação

0. INTRODUÇÃO

A educação na área da enfermagem visa promover o crescimento de pessoas em todo o seu potencial pessoal e profissional, assumindo-se como um processo de interação contínuo entre docentes e discentes e acreditando que o conhecimento em enfermagem se potencia na multidisciplinaridade das ciências e humanidades. Neste contexto, a formação em enfermagem na UCP emerge como um projecto de desenvolvimento ao longo da vida, que inclui os diferentes ciclos de formação. Nesta conjuntura, o Curso de Mestrado em Enfermagem, com EEMC visa especificamente a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico e confere competência para a prestação de cuidados especializados, podendo os alunos que obtenham aprovação nas unidades curriculares requerer a defesa do Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com EEMC. (UCP, 2009)

No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos. O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social. “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” Com a necessidade de evoluir e realizar a vários níveis o Enfermeiro tem necessidade de se desenvolver profissionalmente. Nesse sentido, o título de Enfermeiro Especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 1998, p.3)

A nível profissional encontro-me a trabalhar como Enfermeiro desde 15 de Setembro de 2008, tendo começado por laborar numa firma de prestação de cuidados de saúde, cujos serviços de enfermagem eram prestados na sua grande maioria em lares de terceira idade, mas também em clínicas privadas e cuidados domiciliários. Na corrente data encontro-me a exercer funções de Enfermeiro no SANP do IPO-Porto, desde 13 de Maio de 2008 trabalhando sempre no mesmo serviço desde que ingressei na instituição. Neste contexto, senti que era dada altura para evoluir profissionalmente, pelo que, associado a alguma disponibilidade de tempo e algum esforço socioeconómico decidi inscrever-me neste curso devido ao facto de os cuidados à pessoa em situação crítica sempre me terem fascinado e claro pela necessidade de evolução no atendimento aos doentes que recorrem ao serviço onde trabalho, pois são na sua grande maioria pessoas com a necessidade de receber cuidados urgentes.

No âmbito da Unidade Curricular Relatório, foi proposta a elaboração de um Relatório, onde se deve demonstrar capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações sociais e éticas e de comunicar adequadamente as suas conclusões. A elaboração de um documento com a descrição dos momentos de

aprendizagem significativos e reflexões, dota o processo de análise de um instrumento importante para a compreensão do percurso efectuado pelo aluno.

De acordo com o regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem, com EEMC, esta Unidade Curricular Relatório tem 15 ECTS aos quais equivalem um total de 375 horas de trabalho, 75 horas são de Orientação Tutorial, sendo as restantes para trabalho individual.

O Estágio teve como objectivo final adquirir, melhorar e aperfeiçoar competências do Enfermeiro na área desta especialidade, nomeadamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave.

O Estágio foi dividido em 3 módulos. Os módulos são: Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Cuidados Intensivos; Módulo III – Opcional – Assistência Pré-hospitalar. O Módulo I foi realizado no SU do CHSJ-Porto, o Módulo II foi realizado na UCIP-G do CHSJ-Porto e o Módulo III foi realizado na DRP do INEM. Os campos de estágio foram seleccionados de acordo com o critério da capacidade em proporcionar oportunidades de aprendizagem, disponibilidade dos serviços e objectivos para o estágio.

No SU pretende-se uma atuação de acordo com procedimentos e técnicas de emergência e que tenha em atenção focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem: avaliação, diagnósticos e intervenções de enfermagem em urgência/emergência. No estágio da UCI deve-se aplicar conhecimentos e desenvolver estratégias em pontos como os aspectos psicossociais e de comunicação do doente/família em cuidados intensivos, a experiência dolorosa do doente em estado crítico, ou o suporte ao doente e família em situação de crise. Deve conhecer e aplicar os procedimentos/técnicas mais comuns em cuidados intensivos, em particular no doente com falência multiorgânica: focos da prática, diagnósticos e intervenções de enfermagem. No Estágio Opcional, neste caso na DRP do INEM pretende-se a aquisição de competências em áreas específicas como emergências pré-hospitalares, emergências colectivas e catástrofes e ainda transporte do doente crítico.

De uma forma ampla pretende-se também que o aluno reconheça e aplique critérios de diagnóstico da infecção hospitalar, elabore programas de controlo de infecção e actue no sentido da vigilância epidemiológica da infecção hospitalar, actuando com precauções de controlo da infecção nos cuidados de saúde, bem como na área da gestão e formação dos serviços deverá também desenvolver competências específicas. (UCP, 2009)

A escolha destes locais de estágio baseia-se primeiramente num gosto pessoal por serviços onde o modo de actuação é considerado, de certa forma, urgente/emergente. Apesar da minha carreira profissional como Enfermeiro ser ainda curta, trabalho num serviço muito ligado a este tipo de atendimento. Atualmente o serviço onde trabalho não é um serviço de urgência, porém todos os doentes inscritos no IPO-Porto, em situações de urgência, nomeadamente e principalmente doentes com complicações devidas a tratamentos como quimioterapia ou radioterapia, bem como pós-cirúrgicos recentes, mas não só, são admitidos no SANP. Daqui surgir a segunda parte da fundamentação da minha escolha destes campos de estágio, pois

sinto grande necessidade de aprofundar e aumentar os meus conhecimentos a nível da actuação em situações urgentes/emergentes, que são cada vez mais frequentes no local onde actualmente exerço.

A escolha do SU do CHSJ-Porto tem a ver com o facto de ser um campo de estágio que poderia oferecer uma grande variedade de experiências. Como se trata de um serviço que recebe um leque muito variado de situações urgentes/emergentes, proporcionar-me-ia múltiplas oportunidades de contacto com doentes quer do foro cirúrgico, quer do foro médico. Pretendia também que este local de estágio fosse um ótimo local para aquisição de competências e consolidação de conhecimento mais centrado no doente urgente/emergente.

A escolha da UCIP-G do CHSJ-Porto proporcionar-me-ia contacto com doentes críticos, com múltiplas patologias e diagnósticos, o que faz com que as suas necessidades sejam amplas e diferenciadas, podendo ter contacto com situações que até aqui nunca tinha tido e que numa UCI monovalente não teria essa variedade.

A escolha do estágio na DRP do INEM para a área da assistência pré-hospitalar prende-se mais uma vez não só com o meu gosto pessoal por estas áreas de atuação, mas também pelo grande interesse em aumentar novos conhecimentos ao meu saber teórico, para desta forma fazer uma ótima consolidação do mesmo. Esta escolha deve-se também ao facto de poder ter experiência extra-hospitalar, algo que nunca tinha tido, e de ter possibilidade de ser o primeiro a prestar auxílio a vítimas do foro agudo, o que me daria uma melhor percepção do que realmente acontece em local de acidente, bem como no transporte desses doentes críticos até um serviço de urgência/emergência, ficando a conhecer assim o circuito completo do doente crítico desde a assistência pré-hospitalar até aos cuidados intensivos, passando por um serviço de urgência/emergência. A caracterização dos vários serviços encontra-se no Anexo I.

Os objectivos do Relatório são: descrever as actividades realizadas e as experiências vivenciadas durante o estágio; realçar a aprendizagem experienciada, dando particular ênfase às competências adquiridas / desenvolvidas; demonstrar a capacidade crítica e reflexiva evidenciada ao longo do estágio; documentar a aprendizagem efectuada e a evolução sistematizada.

A metodologia utilizada para a realização deste Relatório final tem por base a exposição descritiva, a consulta de bibliografia, a mobilização de conhecimentos adquiridos e integrados e a reflexão sobre as actividades desenvolvidas. Estruturalmente, o trabalho engloba essencialmente três partes: I) Introdução, onde é retratada a importância e o enquadramento deste Relatório no curso, são enumerados os objectivos do mesmo, as escolhas dos locais, assim como dos módulos de estágio e sua respectiva justificação; II) Módulos de estágio efectuados, onde são realizadas considerações gerais sobre os módulos de estágio, são referidos os objetivos pessoais, as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas no decorrer dos mesmos; são realizadas também reflexões, que evidenciam as acções realizadas durante o estágio e o seu relacionamento com os objetivos gerais e específicos traçados inicialmente; III) Conclusão, onde são descritas as principais aquisições e desempenho na

resolução de problemas identificados, através de uma retrospectiva do presente estágio e perspectivado um percurso profissional futuro.

1. O ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO DO PORTO

O Estágio no SU inserido no Módulo I, teve a carga horária de 180 horas de contacto e 70 horas de estudo individual e decorreu entre 27 de Abril de 2011 e 25 de Junho de 2011.

Segundo Sheehy (2001), enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. A enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado. Em nenhuma outra área de enfermagem se espera do Enfermeiro tantos conhecimentos “do berço ao túmulo”, sobre a fisiopatologia da doença, inovações tecnológicas mais recentes de equipamento, monitorização, tratamento e simultaneamente um papel de defensor do doente e família. Refere a mesma autora que, investigar em enfermagem contribui para o aumento do conhecimento da disciplina e para a tomada de decisões clínicas seguras, o que demonstra a importância da investigação e da procura pessoal para a actualização de conhecimentos.

Ao SU recorrem utentes com os mais variados diagnósticos médicos e de enfermagem. Como tal, os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com as mais variadas situações, salientando-se a pertinência da formação contínua. O SU é marcado pela grande imprevisibilidade de casos, sendo normalmente associado a uma grande afluência de utentes, muitas vezes sob pressão. Assim, é de grande responsabilidade que equipe de enfermagem preste cuidados interdependentes e autónomos, respeitando a individualidade do utente e estabelecendo uma relação terapêutica que beneficie a qualidade dos cuidados. O Estágio deverá permitir ao aluno desenvolver e aprofundar conhecimentos e as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em EMC.

Após um primeiro contacto muito favorável nos primeiros turnos, foi apresentado o Projecto de Estágio ao Enfermeiro Tutor que desde logo se mostrou disponível para colaborar na consecução dos objectivos propostos. Seguindo uma linha condutora de ação para futuro Enfermeiro Especialista, foram traçados para o estágio alguns objectivos gerais e outros específicos, aos quais tentei oferecer resposta e que abaixo irei desenvolver de uma maneira crítico-reflexiva de que forma o consegui, dividindo por áreas de competência: Prestação de Cuidados, Gestão e Formação. Inicialmente farei uma pequena abordagem à minha integração no serviço e na parte final do capítulo abordarei as situações problema identificadas.

Ao longo do Estágio persistiu uma observação cuidada da dinâmica estrutural e funcional do SU, procurando, através da interajuda, promover o trabalho em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, perspectivando a minha integração na equipa interdisciplinar. Adoptando uma postura de disponibilidade e humildade mas interventiva no processo de aprendizagem, procurei conhecer a área de intervenção do SU, analisando o circuito do doente no SU e compreendendo a articulação do SU com os outros serviços da instituição. Fui inicialmente integrado na Equipa E e com o Enfermeiro Tutor realizei cerca de 60 horas inicialmente. Nestes

turnos tive oportunidade de conhecer o serviço fisicamente, bem como começar, primeiro do ponto de vista da observação e gradualmente do ponto de vista da execução a integrar-me na dinâmica da equipa, não só de enfermagem, bem como a equipa multidisciplinar como Assistentes Operacionais, Médicos, Técnicos de Cardio-pneumologia, Assistentes Sociais, Administrativos, Polícias, entre outros.

Tive oportunidade de realizar durante este primeiro período turnos na prestação de cuidados na Área Laranja, Unidade de Curta Permanência, Psiquiatria e um turno da noite na Área Amarela no qual estávamos de apoio à Psiquiatria. Ao longo deste tempo tive oportunidade de perceber a engrenagem e dinâmica do serviço, bem como consultar protocolos e verificar algumas lacunas das quais, em conversas informais, alguns enfermeiros iam dando conta, nomeadamente em relação às condições oferecidas para exercer.

Durante o estágio o Enfermeiro Tutor teve um período de 15 dias de férias e por isso fiquei a ser tutorado por outro Enfermeiro e noutra equipa. Como estava em fase de integração e adaptação numa equipa e considero que num período de evolução gradual positiva, ter de trocar repentinamente, poderá ter interrompido um processo que considero que estava ainda em fase prematura. Contudo tentei tirar partido das vantagens que isso me proporcionou, nomeadamente ter trabalhado com duas equipas diferentes dentro do mesmo serviço.

Para finalizar no que toca à integração e quanto à troca de equipa quero deixar expresso que apesar de ter sido importante observar diferentes formas de actuação, considero que num estágio tão curto como este e ao fim de tão pouco tempo, não foi benéfico no sentido da evolução no serviço e integração na equipa esta troca. Posto isto, considero ter desenvolvido a competência de demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

1.1. Gestão

O aumento da racionalização dos custos tem indubitavelmente proporcionado uma crescente preocupação com a eficiência na área da Saúde. As metodologias de gestão evoluíram de forma a adaptar-se a esta nova realidade. Os cuidados de enfermagem são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde obtidos, mas pelos recursos utilizados para os obter. Segundo Machado (2001, p.120) "(...) as funções dos enfermeiros são redefinidas pelos países que reestruturam os seus serviços de saúde a fim de conter os custos. Neste processo, os enfermeiros precisam de justificar o seu papel em termos de custos e resultados." Assim, não só a qualidade dos cuidados deve ser objecto da ação do Enfermeiro Especialista, como a eficiência na sua consecução. Para a eficiência contribui a organização dos cuidados de enfermagem, sendo que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, preconiza a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. Logo, a gestão é um domínio da área de competência do Enfermeiro Especialista em EMC, que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Gestão de Recursos Humanos

Os enfermeiros estão organizados em cinco equipas, liderados por um Enfermeiro Coordenador que é responsável de turno. Estas equipas são compostas por enfermeiros com diferentes níveis de experiência no contexto de SU, embora, e fruto de um processo de reestruturação que têm sido alvo, mais de metade da equipa são enfermeiros com menos de 6 anos de profissão. O horário é planeado atendendo ao princípio da composição das equipas pré-estabelecidas, existindo no entanto alguma rotatividade de elementos por diferentes equipas, visto uns enfermeiros terem contratos de 35 horas e outros de 40 horas semanais e ainda em dias de férias ou licenças haver necessidade de realizar turnos fora da equipa base. No Anexo I está descrita a dotação e a distribuição dos enfermeiros neste serviço.

Para alcançar os objectivos da gestão tinha proposta a actividade de acompanhar o Enfermeiro Chefe em pelo menos um dos turnos. Como isso não foi possível, acompanhei o Enfermeiro Coordenador da Equipa E, num turno de forma a compreender as suas funções e estratégias de gestão utilizadas. O Enfermeiro Coordenador tem a função de gerir recursos, conflitos e tomar decisões complexas, sendo o responsável pelo SU nos turnos da tarde e noite, na dependência hierárquica do Chefe de Equipa. As competências do Enfermeiro Coordenador segundo pude perceber são: planificar a distribuição dos enfermeiros pelas diferentes áreas, obedecendo aos critérios e condicionantes da rotatividade; transmitir ocorrências significativas, que são registadas no livro de ocorrências e comunicadas entre coordenadores nas passagens de turno; tomar decisões, servindo de suporte à equipa de enfermagem sempre que surge alguma dúvida seja do foro da prestação de cuidados ou da gestão, como por exemplo realizar a reorganização da equipa caso seja necessário um Enfermeiro realizar um transporte inter-hospitalar; gerir conflitos, como por exemplo o facto de determinados enfermeiros quererem realizar mais turnos na Sala de Emergência porque na rotação não o fazem tantas vezes como os enfermeiros que têm SAV; avaliação de desempenho, que é realizada, segundo discutido com o Enfermeiro Coordenador, através da observação da atuação do Enfermeiro na prestação de cuidados e interrogação dos mesmos acerca de certos procedimentos e através de diálogos ou entrevistas formais ou informais.

A gestão de recursos humanos de uma forma geral é eficaz, contudo, devido ao facto de a equipa ser jovem e por nem todos os enfermeiros terem o mesmo número de turnos em determinadas áreas acaba por tornar esta gestão não consensual, aspecto que irei abordar de uma forma mais exaustiva na Identificação de Situações Problema. Desta forma consegui compreender de que forma se deve liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEMC, bem como, tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC. Consegui exercer supervisão do exercício profissional na área da EEMC. Em termos de gestão não foi possível realizar de uma forma efectiva a colaboração na integração de novos profissionais pois naquele período de tempo não havia profissionais nessa situação, contudo referi e apontei ao Enfermeiro Tutor e ao Enfermeiro Chefe a importância da existência de um manual de integração no serviço.

Gestão de Recursos Materiais

A gestão de material de consumo clínico assenta numa metodologia, de armazém avançado, isto é, todo o material é pedido mediante um *stock* já existente e reposto de acordo com os gastos efectuados.

Em relação aos fármacos, existe um armazém central de onde são redistribuídos para as salas de trabalho de enfermagem. A reposição no armazém da urgência é realizada pelo técnico da farmácia, enquanto a reposição das salas de enfermagem é efectuada sempre que seja necessário pelo Enfermeiro. Este sistema é inovador e o que melhor se adapta a um SU, pois seria praticamente inviável ter um sistema que se regesse pela prescrição médica porque todas elas são prescrições para administração de medicação imediata e além disso consegue-se uma maior racionalização do material, associada à tão importante redução dos custos. Com este sistema também se torna mais difícil o desvio de material e existe um controlo mais eficaz e mais directo de todo o material que é requisitado e utilizado. O único senão será num dia de maior afluência a possibilidade de extinção de *stock* no serviço.

1.2. Formação

Em relação à questão da formação em serviço, inicialmente tinha previsto realizar um levantamento das necessidades de formação do serviço, algo que pouco tempo depois de discutir com o Enfermeiro Tutor foi realizado pelo Enfermeiro Chefe, o qual questionei sobre a possibilidade de integrar esse estudo e que me foi negado justificando que já ia em fase avançada. Contudo, o Enfermeiro Chefe autorizou uma formação para a Equipa se eu identificasse uma real necessidade. Para colmatar essa situação, visto que no serviço onde trabalho também presto cuidados de carácter urgente, decidi transmitir através de uma formação alguns dos meus conhecimentos que adquiri no contexto do meu trabalho, vias alternativas de administração de medicação: via subcutânea e hipodermoclise (Anexo II).

O interesse por esta temática deveu-se a verificar que grande parte das prescrições de medicação injectável serem para a via endovenosa, não havendo sensibilidade para com determinados grupos de doentes como oncológicos, paliativos ou idosos em fim de vida, aos quais por vezes era difícil conseguir puncioná-los de forma a garantir um acesso endovenoso. Esta situação levava a que em alguns casos um determinado doente fosse alvo de mais que uma tentativa de punção. Assim, pude constatar que não são utilizadas técnicas que poderiam proporcionar a estes doentes maior conforto, nomeadamente a administração de medicação por vias alternativas. Esta situação iria proporcionar ganhos em saúde tanto a nível do conforto do doente como também em termos económicos com poupança de material e tempo, mantendo-se a eficácia do fármaco. Deste modo pude promover a formação em serviço na área da EEMC ao mesmo tempo que fui capaz de identificar necessidades formativas na mesma área.

Os enfermeiros podem ter um papel activo da divulgação destas soluções para outros profissionais de saúde, e se for o caso, alertar os médicos para terem atenção no tipo de prescrição a determinado grupo de doentes, nomeadamente doentes paliativos. Foi então realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a “Administração de Fármacos por via Subcutânea e Hipodermoclise” e ainda um marcador de bolso com as compatibilidades dos fármacos que podem ser administrados em perfusão ou bólus por esta via. Por dificuldade em mobilizar um número considerável de enfermeiros que justificasse uma formação com um carácter formal, também por ter trocado novamente de equipa nos últimos 4 turnos de estágio, optei por ir transmitindo a informação aos colegas em diálogos e discussões acerca do tema durante os turnos. Foi também enviado o trabalho realizado por correio electrónico ao Enfermeiro Chefe que o reenviou a todos os enfermeiros do serviço, visto que qualquer informação no SU também é tratada por esta via de comunicação.

Verifiquei que é uma técnica não muito utilizada, mas mais alarmante é o facto de não ser conhecida por muitos enfermeiros, nomeadamente a administração de soros por via subcutânea. Pude constatar também que os enfermeiros com mais anos de serviço se mostram mais renitentes a este tipo de técnica, do que propriamente aqueles com menos anos de serviço que se mostraram mais receptivos à troca de informação e a uma eventual possibilidade de a pôr em prática. Creio que este facto está relacionado com rotinas que se adquirem ao longo dos anos e que será difícil mudar tanto quanto mais enraizadas estão. Para colmatar esta situação, a formação contínua é a solução e embora se verifiquem várias acções de formação, as realizadas não são suficientes para manter os enfermeiros actualizados em vários campos de actuação como têm necessidades os enfermeiros de um SU. Para que tal aconteça, seria importante que quando houvesse uma formação a nível hospitalar, por exemplo, se destacasse pelo menos um Enfermeiro de cada equipa do SU para a frequentar e que de seguida cada um desses elementos tivesse oportunidade de através de uma breve apresentação no serviço, realizar para com os elementos da sua equipa a transmissão do que adquiriu na formação, o que não se verifica.

Neste campo, destaco ainda o facto de num dos turnos realizados na área da psiquiatria ter sugerido a um dos médicos que tinha prescrito Metoclopramida a um doente por via endovenosa, a possibilidade de administração do mesmo fármaco pela via subcutânea. O mesmo foi aceite e assim o administrei com todas as vantagens que isso trouxe: menor dor e desconforto para o utente, menos tempo na administração do fármaco e menos gastos em material. Assim, posso também concluir que além dos enfermeiros também outros elementos de outros grupos profissionais da área da saúde estão abertos a esta mudança que pode proporcionar ganhos a vários níveis em saúde. Isto permitiu-me comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico a enfermeiros e ainda tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.

1.3. Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados foi a área que privilegiei durante o Estágio no SU. Permitiu-me efectuar a gestão dos cuidados na minha área de especialização, bem como desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente. Para melhor compreender a actividade de enfermagem neste contexto, prestei cuidados de enfermagem em todas as áreas em que existiam enfermeiros destacados.

No SU, o atendimento aos utentes/doentes que aqui recorrem tem de ser, na maioria das vezes urgente/emergente, não há grande possibilidade de adaptação às situações que vão surgindo constantemente, tornando-se, por vezes, um pouco confuso para quem não está habituado a este tipo de atendimento, ou seja, é um local em que as tarefas devem ser desempenhadas rápida e eficazmente de forma a atender às necessidades destes doentes urgentes/emergentes, não havendo lugar a dúvidas ou hesitações e onde cada um deve estar seguro da tarefa a desenvolver, da forma e do momento exacto, levando a que todos acontecimentos se desenrolem de uma forma fluida e contínua. Assim foi de extrema importância o conhecimento tanto do serviço, como do circuito efectuado pelo doente.

Triagem

Do ponto de vista de recursos materiais e humanos, sabemos que é impossível atender todos os doentes que recorrem ao SU no mesmo espaço de tempo, daí que para manter os padrões da equidade no acesso aos cuidados, foi necessário encontrar um método equitativo, objectivo e definido por parâmetros clinicamente seguros. Segundo Christ et al. (2010), no SU, triagem reporta-se ao processo utilizado para avaliar a gravidade dos utentes dentro de um curto período de tempo após a sua chegada, atribuindo prioridades e transferindo cada utente para o local mais apropriado para a seu tratamento. À primeira vista parece revestir-se de alguma injustiça, uma vez que se compreende que para o utente o seu problema é o mais grave, porque o afecta pessoalmente. Contudo, esta forma de organizar o trabalho permite atender o utente certo, no local apropriado, pelos profissionais mais qualificados tendo em conta o problema de saúde de que padece e num período de tempo adequado. Após a triagem de prioridades, estabelecem-se circuitos de encaminhamento de doentes para grandes áreas de influência. A existência de áreas de acção predefinidas, permite distribuir os doentes em tempo real pelo local mais apropriado tendo em conta o seu problema de saúde.

Pelo Sistema de Triagem de Manchester, o utente é classificado em 5 categorias diferentes com atribuição de pulseiras com cores que correspondem a um tempo alvo de atendimento. A metodologia utilizada consiste em identificar a queixa inicial e utilizar o algoritmo de decisão, que consiste na utilização de discriminadores, de forma a identificar qual o discriminador relevante para a queixa inicial e para os dados que vão sendo recolhidos. O encaminhamento para as diferentes áreas é efectuado mediante a queixa clínica, prioridade atribuída e activação das vias verdes Acidente Vascular Cerebral, Coronária, Trauma ou Sépsis, estando todas elas segundo informações recolhidas junto dos enfermeiros do serviço com uma boa eficácia.

Durante o turno foi referenciado pelos enfermeiros que alguns doentes tentavam manipular a triagem, de forma a serem atendidos mais rapidamente pois sabiam que se apresentassem determinada queixa tinham um grau de prioridade maior. Diogo (2007, p.214), num estudo sobre o “Impacto da Relação Cidadão/Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das Urgências do Sistema Nacional de Saúde”, conclui que “(...) os cidadãos/utentes são conhecedores de alguns critérios valorizados na atribuição das categorias de urgência mais elevadas do Sistema de Triagem de Manchester. Assim, esse conhecimento predispõe-nos a utilizar a informação em seu próprio benefício, para obterem um atendimento mais rápido.”

O Sistema de Triagem de Manchester afigura-se como uma mais-valia na prestação de cuidados de qualidade direccionando os recursos para quem mais precisa. Além do seu valor na atribuição de prioridades, parece conter também um valor preditivo. Num estudo sobre os subgrupos criados pela aplicação da triagem e *outcomes* indirectos, tais como mortalidade a curto prazo, admissão hospitalar ou alta, conclui a sua eficácia em distinguir os doentes com alto ou baixo risco de morte a curto prazo, bem como os doentes que permanecem pelo menos 24 horas no SU ou que têm alta. (Martins, et al., 2009)

Pelo que pude perceber nesta área, o Enfermeiro tem de ser um profissional ágil, atento, com boa capacidade de interpretação tanto de sinais verbais como não verbais e acima de tudo um bom gestor de conflitos, isto porque, um número significativo de pessoas reclama da prioridade que lhe foi atribuída; se não o faz no momento da triagem acaba por vezes por vir passado algum tempo à mesma zona tirar satisfações e reclamar pelo facto de ainda não ter sido atendida, utilizando argumentos que não fazem parte dos critérios de diferenciação, como por exemplo a idade avançada. Enquanto permaneci na triagem tive oportunidade de verificar também que as principais queixas que levavam os doentes ao SU eram sobretudo trauma, suspeita de acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, síndromes febris, problemas oftalmológicos ou de otorrinolaringologia, psiquiatria ou até para uma simples consulta “marcada” pelo médico. Pude perceber quais os critérios que levam às entradas pelas Vias Verdes.

Por vezes, existem situações em que o Enfermeiro tem possibilidade, perante o sistema, de escolher por mais que uma opção, o que me sucedeu em algumas das triagens que realizei, pelo que essas situações complexas e imprevistas acabaram por me obrigar a tomar decisões rápidas e correctas, sob pena de a triagem não ser o melhor feita possível, percebendo o que realmente era relevante nas queixas do doente, interpretando sinais ou sintomas que não eram verbalmente referidos e com isto ser eficaz na execução da minha tarefa, o que me permitiu gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.

Área Amarela

A área amarela é destinada a doentes que são triados com pulseira de cor amarela, verde e azul, à excepção dos que são encaminhados para a psiquiatria, pequena cirúrgica e ortopedia, bem como especialidade como otorrinolaringologia ou oftalmologia.

Nesta área, o Enfermeiro tem quase que exclusivamente um tipo de trabalho à tarefa e realiza quase sempre intervenções interdependentes, isto é, à medida que os doentes são consultados pelo médico e estes fazem as prescrições no sistema informático, o Enfermeiro que detetar primeiramente essa situação é o que irá realizar as intervenções que são na sua grande maioria administração de fármacos e colheita de espécimes, bem como algaliações ou entubações nasogástricas e por vezes posicionamentos e cuidados de higiene e alimentação aos doentes dependentes.

Nesta área tive oportunidade de verificar que a afluência é tão grande e o número de doentes tão elevado num tão curto espaço de tempo e físico que o Enfermeiro tem tarefas apenas técnicas, não tendo muitas vezes o tempo e o espaço necessários para abordar o doente de uma forma adequada no sentido de estabelecer uma relação terapêutica que se coadunasse com o momento, nem tem por vezes condições de garantir ao doente um nível de privacidade que seria o desejado. Para que isso fosse possível, a solução passaria por um reforço da equipa de enfermagem, bem como pelo aumento do espaço físico que poderia passar por um local apenas destinado aos doentes de cores verde e azul o que diminuiria o número de doentes e acompanhantes na Área Amarela. Assim, seria também possível aumentar o número de boxes individuais nesta área, o que daria ao doente o espaço necessário e que por vezes, não é possível, oferecer para que, mantenha a privacidade que necessita.

Área Laranja

A área laranja está destinada a todos os doentes triados com pulseira laranja à excepção das especialidades referidas no ponto anterior. Também doentes que sendo triados com pulseiras de outra cor à excepção de vermelho apresentem dor torácica, por ser protocolo da via verde coronária vão para a Área Laranja para que seja realizado de imediato electrocardiograma.

Nesta área as intervenções realizadas são, por norma, as mesmas que na área amarela, contudo, o número de doentes é menor, o número de enfermeiros o mesmo, o que dá um rácio muito maior e a gravidade da situação também é maior, pelo que, as actividades são realizadas em muito menos tempo e nesta área não há uma sala de espera, estando todos os doentes dentro da área laranja e sob campo visual dos enfermeiros.

Nesta área há doentes com monitorização não invasiva. Destaco uma situação em que identifiquei uma situação de paragem cardio-respiratória, tendo obviamente seguido o protocolo de iniciar SBV e chamar ajuda. De referir que após trabalho de reanimação em equipa o doente recuperou pulso e respiração, sendo transferido de seguida para a Sala de Emergência e posteriormente para o internamento. Tive oportunidade de realizar SAV em conjunto com a

equipa, nomeadamente preparação e administração de fármacos, compressões torácicas, avaliação de ritmo cardíaco e aplicar o protocolo de SAV. Realizei a gestão dos cuidados na área da EEMC e zelei pelos cuidados prestados na área de EEMC.

Unidade de Curta Permanência

A Unidade de Curta Permanência é um local onde ficam os doentes que necessitam de monitorização não invasiva e que é equiparado a um internamento, contudo, nenhum doente deverá permanecer mais de 24 horas neste local. Nesta área, que fica geograficamente no mesmo espaço que a Área Laranja, identifiquei de imediato uma situação que diz respeito à vigilância dos doentes. Pois se enquanto na Área Laranja o Enfermeiro consegue visualizar os doentes através da bancada de enfermagem, essa mesma bancada está de costas para a Unidade de Curta Permanência. Em minha opinião, uma bancada redonda faria mais sentido, pois seria possível vigiar todos os doentes tanto da Área Laranja como da Unidade de Curta Permanência, o que aumentaria o sucesso na avaliação destes doentes e que se coadunaria mais com o propósito desta Unidade de Curta Permanência que é a monitorização não invasiva, não fazendo sentido que os doentes estejam monitorizados se não estão a ser vigiados.

Na Unidade de Curta Permanência ficam principalmente doentes proveniente da Sala de Emergência já recuperados da situação emergente ou da Área Laranja com necessidade de vigilância por um período maior, bem como doentes a aguardar vaga de internamento ou ainda em estudo com necessidade de monitorização.

Nesta unidade já é possível ter um maior relacionamento com o doente e seus familiares devido a estarem em boxes individuais e ao número de doentes ser de 8 e como tal o rácio de Enfermeiro por doente ser de 1 para 4.

Pequena Cirurgia e Ortopedia

Esta área permitiu-me prestar cuidados a doentes com suspeita de politraumatismos. Fui capaz de participar na avaliação do politraumatizado, utilizando os conhecimentos adquiridos. Estas experiências permitiram-me treinar a técnica da mobilização, pois algumas das vezes era necessário trocar o plano duro dos profissionais do pré-hospitalar, de forma a não prolongar a presença destes profissionais no hospital. As quedas foram a causa mais comum na origem do politraumatismo.

O tratamento de feridas, é também uma das intervenções que realizei, do qual destaco o tratamento a feridas de doentes com patologia vascular isquémica, como a mais frequente. Noutro âmbito tive oportunidade de assistir às intervenções dos ortopedistas como por exemplo a colocação de gesso.

Sala de Emergência

Na Sala de Emergência tive a oportunidade de prestar cuidados quer a doentes politraumatizados provenientes da comunidade, quer a doentes provenientes do SU devido ao agravamento clínico. Compreendi a dinâmica do trabalho multidisciplinar, bem como a metodologia na avaliação ao doente politraumatizado. Acompanhei o doente na realização de exames complementares diagnósticos, onde foi possível perceber a importância da acção do Enfermeiro na constante vigilância, assegurando-se do mínimo risco possível para o doente na execução dos exames. O transporte de doentes tanto a nível intra-hospitalar como inter-hospitalar é pouco valorizado e sendo uma das grandes áreas da EMC abordá-la-ei à frente.

Além disso, tive oportunidade de contactar com sistemas de ventilação como BIPAP^R ou ainda assistir à colocação de um cateter arterial. Destaco da Área Vermelha um ferido por arma de fogo que embora naquele momento não parecesse um caso emergente, de acordo com a Via Verde Trauma, por ter sido ferido com arma de fogo, era um critério para entrar na Sala de Emergência.

A Administração Regional de Saúde do Norte, no estudo da Via Verde Acidente Vascular Cerebral na Região Norte (2009, p.1), define Via Verde "(...) como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações."

A importância das Vias Verdes é inequívoca, embora por vezes pareçam os critérios demasiado rígidos, contudo, isto permite uma melhor avaliação e mais rápida intervenção de situações que se não forem tratadas num reduzido espaço de tempo podem deixar sequelas irreversíveis, afectando tanto o doente como os seus familiares a nível pessoal, familiar, profissional e/ou económico-financeiro.

Um dos elementos destacados na Sala de Emergência está com a responsabilidade da Reanimação Intra-hospitalar. Tive oportunidade de acorrer a uma situação no Serviço de Nefrologia, onde não se conseguiu reverter uma Paragem Cardio-respiratória. De referir que senti grande confiança da Equipa de Reanimação Intra-hospitalar no contexto de emergência, pois pude colaborar na execução de compressões torácicas, preparação e administração de fármacos de acordo com o algoritmo SAV, sentindo todos os elementos coordenados em todo o algoritmo. Outro dos momentos de tomada de decisão é quando parar manobras de SAV, pois há que saber avaliar quando a recuperação de um doente é viável ou quando o que se vai fazer será eventualmente prolongar o sofrimento. Creio que pelo que observei e pela experiência que tenho os profissionais estão cada vez mais preparados para essa situação e conseguem fazer uma triagem adequada das situações, obviamente respeitando as crenças de cada um, mas principalmente do doente e seus familiares.

Uma das necessidades de formação detectadas no SU, foi o facto de haver ainda um número considerável de enfermeiros que não possuem o curso de SAV e, que por este motivo não são

escalados para a Sala de Emergência tantas vezes como os que têm e não poderem fazer Reanimação Intra-hospitalar. Esta situação foi debatida com o Enfermeiro Chefe do SU que se demonstrou bastante receptiva à ideia de formar mais enfermeiros com o curso de SAV, embora sempre salvaguardando que estão dependentes do programa de formação interna. No meio intra-hospitalar é fundamental que um crescente número de profissionais de saúde tenha treino e recurso para desfibrilhar precocemente, mesmo antes da equipa de reanimação chegar ao local, respeitando os algoritmos de SAV, o que nem sempre se verifica.

Psiquiatria

A Área da Psiquiatria foi uma das áreas que achei interessante pelo facto de ser uma área específica e abranger uma multiplicidade de situações.

Nesta área, a função do Enfermeiro prende-se mais vezes com a gestão de conflitos, isto é, o Enfermeiro tem um papel de gestão de emoções, providenciar alimentação, preparar e encaminhar o doente para as consultas e encaminhar altas e transferências. Para isto seria importante haver um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica nesta área para que os cuidados fossem mais especializados e de acordo com as necessidades do utente/família, nomeadamente no encaminhamento e ensino em caso de futuras crises, por exemplo. No contexto actual e sendo a psiquiatria uma área tão específica, seria importante apostar na formação dos profissionais do SU nesta área da saúde.

Desta forma, abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, avalei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada e demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.

1.4. Situações Problema Identificadas

Ao longo dos turnos fui identificando alguns aspectos que poderiam ser melhorados no SU. Creio que seria importante a existência de um “Manual de Integração ao SU do CHSJ-Porto”, o que foi sugerido. Neste manual deveria conter informação acerca do SU e poderia ser dada a conhecer aos alunos mas também aos novos profissionais do serviço a estrutura, a missão, os objectivos, as directrizes, as normas, o modo de funcionamento e as etapas básicas da integração quer no serviço quer no CHSJ-Porto, para que essa mesma integração pudesse ser mais eficiente.

Uma das actividades que tinha programado era o acompanhamento do Enfermeiro Chefe em pelo menos um dos turnos, no sentido de dar resposta a alguns objectivos e competências a que me propus no âmbito da gestão. Como não foi possível optei por desenvolver e adquirir competências nesta área acompanhando outros enfermeiros, nomeadamente o Enfermeiro Coordenador da equipa.

O facto de alguns enfermeiros não terem o curso de SAV acaba por gerar alguns conflitos, pois a Sala de Emergência, é um local que atrai muito os profissionais pela vasta experiência e enriquecimento que pode proporcionar, pelo contexto da emergência em si, o que, havendo alguns enfermeiros que apenas são destacados para a Sala de Emergência uma vez de 3 em 3 meses e sendo estes por norma os mais novos, pode acabar por ser frustrante para os mesmos. Como referi acima, a formação em SAV para todos os profissionais do SU, além de capacitar os profissionais para funções específicas como a Sala de Emergência e a Reanimação Intra-hospitalar, poderia ser uma solução para a resolução da desmotivação ou desagrado por parte de alguns enfermeiros do SU.

A relação do doente /família / profissional, a nível de SU representa uma das actividades que requerem mais competências. As intervenções passam, pela acção dos enfermeiros junto do utente/família, quer no seu processo de saúde/doença ou no seu projecto terapêutico. O Enfermeiro, no acto de cuidar, estabelece uma relação com o utente/família, vendo-o como um ser único, dotado de uma especificidade e de uma individualidade, inserido num ambiente próprio com o qual interage. Segundo Watson (2002, p. 64), "(...) quem cuida tem como características mais abstractas, o facto de compreender os outros como seres únicos, compreender os seus sentimentos e distingui-los." O respeito pela pessoa e pela sua dignidade é intrínseco à relação. Respeitar o outro é "(...) aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeiramente consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial." (Lazure, 1994, p. 51)

Segundo a Carta de Deveres e Direitos dos Doentes apresentada no site da Direção Geral de Saúde (2011, p.1), "O doente tem o direito de ser informado sobre a sua situação de saúde, e esta informação deve ser efectuada de forma clara, deve ter em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente". Neste sentido, a informação em saúde é crucial para todo o processo de doença, e em todo o processo de interacção entre o doente / familiares e profissionais. Na comunicação interpessoal com os familiares existe um conjunto de factores que são primordiais para o seu sucesso, compreender se a informação foi claramente entendida e que não possa corresponder a enganos, e que não tenha sofrido distorções. (Gwyn, 2002)

Assim sendo, a transmissão da verdade é imprescindível para a transmissão da informação e deve ser efectuada no momento oportuno, de forma a evitar danos a nível psicológico. Segundo Dias (2005) é crucial que o Enfermeiro saiba entender e valorizar o que deve ser dito e não dito aos familiares e ter a percepção de como a deve passar. A própria incerteza sobre a doença e a sua continuidade leva, na maior parte das vezes, a um aumento da susceptibilidade e a distúrbios psicológicos por parte da família do doente.

Segundo Sampaio e Gameiro (1985) citados por Alarcão (2000), as diversas intervenções junto das famílias passam por um conjunto de atitudes que exige a compreensão de valores e crenças das famílias, motiva o respeito pela individualidade e auto-estima, que contribui para a adaptação ao estado de saúde do doente. É importante que o Enfermeiro saiba demonstrar

segurança, saiba ouvir e explicar toda a situação e, que envolva a família nos cuidados prestados. É neste sentido que Marcon (2002) refere que todo o trabalho da enfermagem deve ser efectuado de modo a integrar a família no processo de cuidar de forma eficiente, tendo em conta o ambiente em que o doente está inserido.

Neste sentido, em relação à questão de estabelecer uma relação com o doente e família considero que é uma situação que neste serviço nem sempre se afigura fácil. Enquanto com o doente há um contacto constante e principalmente na área da Unidade de Curta Permanência em que é encarada com perfil de internamento (nesta área também é onde há mais contacto com a família no sentido da avaliação de necessidades do prestador e condições de prestação no domicílio, entre outras), nas outras áreas trabalha-se por vezes muito em equipa não sendo totalmente um método individual de trabalho o que dificulta essa relação terapêutica. Contudo, tentei sempre contornar essa dificuldade e realizar uma aproximação ao doente e família no sentido de estabelecer essa relação, pelo que considero que os objectivos neste âmbito foram alcançados. A solução passaria pela introdução de mais enfermeiros, nomeadamente na Área Amarela, mas também o aumento do espaço físico do SU, que foi claramente pensado para o doente. Contudo, não creio que tenha sido prospectado para que cada um tivesse a presença de um familiar, o que torna um espaço que seria por si só um pouco reduzido para acolher o doente, completamente desadequado para o doente, um familiar, voluntários, além dos profissionais que lá exercem.

De salientar que no SU do CHSJ-Porto existe um espaço denominado “Sala da Família”, onde a equipa multidisciplinar pode transmitir informação à família, realizar entrevistas, entre outras situações que considere relevante comunicar, num espaço reservado, adequado e próprio para esse efeito. A verdade, é que nem sempre se afigura fácil haver disponibilidade por parte dos enfermeiros para existir um contacto com a duração que seria desejável. No entanto, considero que o princípio do espaço é pertinente e que mediante as condições, sempre que me foi possível tentei e de uma forma ou outra, acabei por conseguir fazê-lo assertivamente. Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família e desenvolvi competências de comunicação, nomeadamente ao adoptar uma postura interventiva e disponível na aprendizagem e ao apoiar o doente/família na vivência de situações críticas e de prognóstico reservado.

Na prestação de cuidados aos doentes creio que a principal dificuldade sentida é o facto de por não ter acesso directo ao programa *Alert^R*, sentia-me dependente do Enfermeiro Tutor para aceder ao programa informático, para poder consultar a história, prescrições e elaborar registos. Creio que esta situação não é fácil de contornar pois aceito que será difícil criar uma palavra-chave para um estagiário que passará cerca de 180 horas no campo de estágio.

Quanto aos registos de enfermagem, o facto de apenas ser possível contabilizar as intervenções de enfermagem interdependentes, nomeadamente colheitas sanguíneas ou administração terapêutica (tudo o resto é realizado em notas livres), é uma das lacunas

relacionadas com os registos. Apesar de se debater uma possível solução, crê-se que esta terá de passar, obrigatoriamente, pela reformulação do programa informático em vigor.

Uma das situações que verifiquei foi o facto de não existir uma folha de registo de transporte de doentes. Como referi, o transporte de doentes, nomeadamente doentes críticos é uma das grandes áreas na qual se debruça a EMC. Propus a entrega de uma sugestão para este documento, contudo, foi referido que tal documento já estava a ser elaborado por dois elementos do serviço.

Neste contexto consegui atingir todos os objetivos e competências a que me propus, contornando as dificuldades que foram surgindo, nomeadamente da troca de Equipa, resistência da chefia em relação a alguns temas que pretendia desenvolver, entre outros, pelo que considero que foi um Módulo em que me senti realizado.

2. O ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE GERAL DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO DO PORTO

O estágio de UCI inserido no Módulo II, teve a carga horária de 180 horas de contacto e 70 horas de estudo individual e decorreu entre 03/10/2011 e 26/11/2011.

Entende-se por Cuidados Intensivos, cuidados prestados por uma equipa multidisciplinar, com assistência de enfermagem de forma contínua, minuciosa e qualificada com uma ou mais funções em risco imediato e por UCI a área especializada que concentra equipamento e pessoal especializados, que possibilitem o melhor atendimento possível aos doentes em estado crítico. Os cuidados intensivos podem começar em contexto extra-hospitalar, ou seja, no local do acidente e continuam durante o transporte do doente. Neste sentido, a barreira entre os cuidados intensivos e emergência desaparece. Os cuidados intensivos são prestados a doentes que se pensa que são recuperáveis. Segundo Gomes (2010), Médico de Medicina Interna e Intensiva da UCI do Hospital da Luz, as unidades de cuidados intensivos e os blocos operatórios são os serviços que mais ansiedade provocam nos familiares dos doentes. De acordo com o autor supra citado, a UCI é o serviço onde se reúnem meios humanos e tecnologia avançada que possibilitam a vigilância das situações clínicas potencial ou realmente graves. Quando um doente é lá admitido, significa que a sua situação clínica poderá ser reversível, só tendo alta de lá quando puder ser tratado com a mesma eficiência noutra área do hospital.

De acordo com a Ordem dos Médicos (2008, p.3), o doente crítico é “(...) aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e de terapêutica.” A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige do Enfermeiro Especialista em EMC uma vasta articulação de conhecimentos na interpretação de dados clínicos complexos, para que a tomada de decisão seja rápida e eficaz. Do processo de “ (...) decisão clínica de enfermagem fazem parte, basicamente, cinco grandes categorias de estratégias (...) interagir, intervir, conhecer o utente, resolver problemas e avaliar, as quais ocorrem de modo contínuo, inter-relacionado e dinâmico.” (Jesus, 2004,p.4)

Seguindo uma linha condutora de ação para futuro Enfermeiro Especialista, foram traçados para o estágio alguns objectivos gerais e outros específicos, aos quais tentei oferecer resposta e que abaixo irei desenvolver de uma maneira critico-reflexiva de que forma o consegui, dividindo por áreas de competência: Prestação de Cuidados, Gestão e Formação. Inicialmente farei uma pequena abordagem à minha integração no serviço e na parte final do capítulo abordarei as situações problema identificadas.

Em termos de integração ao serviço e à equipa de enfermagem e multidisciplinar, além da reunião com o Enfermeiro Chefe, não houve outro tipo de apresentação do serviço, em termos de espaços físicos constituintes do mesmo, o que no meu entender deveria ter sido feito para uma mais rápida e melhor integração. Também aqui como no Módulo I do Estágio senti a

necessidade da existência de uma “Manual de Integração ao Serviço.” Por outro lado, ao atribuírem-me um Enfermeiro Tutor que iria entrar de férias e ao colocarem-me um horário fixo durante a primeira semana num serviço onde as equipas fazem um horário rotativo, tive oportunidade de conhecer grande parte dos profissionais de enfermagem, o que tendo aspectos positivos também os tem negativos.

Tentei nos primeiros tempos realizar uma observação cuidada da dinâmica estrutural e funcional da UCIP-G do CHSJ-Porto, procurando através da interajuda, promover o trabalho em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, perspectivando a minha integração na equipa interdisciplinar. Adoptando uma postura de disponibilidade e humildade mas interventiva no processo de aprendizagem, procurei conhecer a área de intervenção da Unidade de Cuidados Intensivos, analisando o circuito do doente no serviço e compreendendo a articulação da UCIP-G com outros serviços do CHSJ-Porto. Tentei também conhecer o serviço, bem como, começar primeiro do ponto de vista da observação e gradualmente do ponto de vista da execução a integrar-me na dinâmica da equipa, não só de enfermagem, bem como a equipa multidisciplinar como Assistentes Operacionais, Médicos, Técnicos de Cardio-pneumologia, Assistente Social, Administrativos, Fisioterapeutas, entre outros.

Considero que a integração poderia ter corrido melhor pois não tive um Enfermeiro Tutor fixo. Com os colegas fui discutindo e trocando impressões acerca algumas lacunas do serviço que pude encontrar e que adiante irei abordar.

Entre as várias dificuldades que senti, uma foi o facto de nunca anteriormente ter estado numa UCI e além disso o serviço onde exerço não ser um serviço de internamento nem mesmo ter alguma área de curta permanência ou observação prolongada, pelo que, não estou familiarizado com técnicas como monitorização contínua, modos ventilatórios, administração de vários fármacos em perfusão e gestão da terapêutica em função dos valores dessa mesma monitorização contínua. No fundo, o facto de trabalhar num SANP, sobretudo num hospital especializado num determinado tipo de doentes (IPO-Porto), não tem muito a ver com a realidade de um serviço de uma UCIP-G. Dando o exemplo do estágio anterior, no SU, senti muitas mais dificuldades neste estágio.

Para tentar minimizar essa situação tentei realizar pesquisa bibliográfica e estudo e revisão da matéria que havia sido administrada nas aulas, mas mesmo assim senti imensas dificuldades pois a complexidade do serviço é tal que além da dificuldade de um momento para o outro ter de conseguir integrar a teoria para aplica-la na prática num espaço tão curto de tempo, muitas vezes tive dificuldade em seleccionar o que seria mais importante para o estudo. Penso que foi nesse sentido que a falta de um Enfermeiro Tutor fixo nas primeiras semanas se fez notar mais, isto é, poderia porventura a presença do Enfermeiro Tutor, orientar-me ou fazer-me perceber melhor aquilo que seria mais importante ou prioritário rever ou pesquisar para que eu me conseguisse mais rapidamente adaptar à realidade de uma UCI. Talvez por isso me tenha sentido um pouco perdido e até desmotivado.

Como estava em fase de integração e adaptação, o facto de nas primeiras semanas não ter uma equipa fixa nem Enfermeiro Tutor, creio que me condicionaram o processo de integração. Por outro lado, o facto de ter passado por outras equipas proporcionou-me perceber maneiras de trabalhar de equipas diferentes dentro do mesmo serviço.

Para finalizar no que toca à integração e quanto à troca de equipa quero deixar expresso que apesar de ter sido importante observar diferentes formas de actuação, considero que num estágio tão curto como este e ao fim de tão pouco tempo, não foi benéfico no sentido da evolução no serviço e integração na equipa esta troca. Posto isto, considero ter desenvolvido a competência de demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

2.1. Gestão

Os cuidados de enfermagem são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde, mas pelos recursos utilizados para os obter. A gestão é um domínio da área de competência do EEMC que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Tentei nas duas semanas em que ficava distribuído com o responsável de turno estar atento ao papel do Enfermeiro Responsável, nomeadamente em termos de gestão, como por exemplo, visita médica e transmissão de informação da decisão médica para os colegas de enfermagem, agilização de transferências para o serviço e alta para outros serviços, gestão da equipa no turno, nomeadamente quando necessidade de algum dos enfermeiros se ausentar para, por exemplo, realizar o transporte de um doente, pedidos de material, medicação ou equipamento com urgência não existentes no serviço, entre outros.

Gestão de Recursos Humanos

Os enfermeiros estão organizados em cinco equipas, liderados por um Enfermeiro Coordenador que é responsável de turno. Estas equipas são compostas por enfermeiros com diferentes níveis de experiência no contexto da UCI, embora, e fruto de um processo de reestruturação que têm sido alvo, mais de metade da equipa são enfermeiros com menos de 4 anos de profissão e muitos deles com menos de 2 anos no serviço. O horário é planeado atendendo ao princípio da composição das equipas pré-estabelecido, existindo num entanto alguma rotatividade de elementos por diferentes equipas, visto uns enfermeiros terem contratos de 35 horas e outros de 40 horas e ainda em dias de férias ou licenças haver necessidade de realizar turnos fora de equipa de base.

As competências do Enfermeiro Coordenador segundo pude perceber são: a) transmitir ocorrências significativas, que são registadas no livro de ocorrências e comunicadas entre Coordenadores nas passagens de turno; b) tomar decisões, servindo de suporte à equipa de enfermagem sempre que surge alguma dúvida seja do foro da prestação de cuidados ou da gestão, como por exemplo realizar a reorganização da equipa caso seja necessário um

Enfermeiro realizar um transporte inter-hospitalar ou intra-hospitalar; c) gestão de conflitos; d) gestão da família nos momentos da visita.

A gestão é eficaz por parte dos Enfermeiros Coordenadores. Mais uma vez, por falta de disponibilidade não me foi possível acompanhar o Enfermeiro Chefe em qualquer turno na UCIP-G do HSJ, pelo que me socorri da mesma estratégia para atingir os objectivos e competências na área da gestão, isto é, adaptar esses objectivos às competências de outros enfermeiros com funções de gestão, neste caso, os Enfermeiros Coordenadores.

Gestão de Recursos Materiais

Em relação à gestão de recursos materiais aquilo que creio ser de maior relevância citar é a forma como são geridos os pedidos de fármacos. Isto é, o serviço adoptou o sistema Pyxis^R, que é um sistema constituído por um programa informático automatizado e por armários de medicação. Através do sistema informático que lê a prescrição médica, é feita na farmácia a selecção dos fármacos a enviar para o serviço. Os armários são repostos e o Enfermeiro quando vai buscar a medicação introduz a sua palavra-chave, selecciona o doente e de acordo com a medicação e hora da medicação selecciona o fármaco a retirar, sendo que o sistema alerta em caso de por exemplo a hora estar ainda muito longe da prescrição. Depois da selecção feita pelo Enfermeiro, o armário abre automaticamente a porta do armário onde a medicação seleccionada se encontra e no monitor do sistema aparece a divisória dentro daquela porta onde o Enfermeiro terá que retirar a medicação seleccionada, tendo o Enfermeiro de registar a quantidade que retirou. No caso de estupefacientes, importa ressaltar que são necessários 2 enfermeiros para levantar esse tipo de medicação. É um sistema eficaz que permite controlo de rupturas e de eventuais desvios, não necessitando de serem feitos pedidos pelos enfermeiros, o que liberta os profissionais de enfermagem para outro tipo de necessidades. Assim, este tipo de sistema permite poupar tempo, recursos humanos e apresenta uma maior eficiência em termos de controlo de custos com a medicação.

Em relação ao restante material e equipamento é gerido e pedido por um Enfermeiro preferencialmente no turno da manhã. Em caso de ruptura nos turnos da tarde e noite, cabe ao responsável de turno fazer essa gestão.

2.2. Formação

Em relação à questão da formação em serviço, inicialmente tinha previsto realizar um levantamento das necessidades de formação do serviço. Contudo, pude constatar que os enfermeiros da UCIP-G do HSJ estão em constante formação interna, principalmente no que diz respeito a formações acerca de novos equipamentos como máquinas de diálise ou ventiladores, entre outro tipo de formação.

Assim sendo, tentei perceber de que forma poderia aproveitar a minha experiência profissional, bem como os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste curso, no sentido de poder juntar o útil ao agradável, isto é: ao mesmo tempo que explorava uma área da

EMC que me agradasse e com a qual me identificasse, pudesse também transmitir aos colegas da UCIP-G do CHSJ-Porto algo em que eles necessitassem de melhorar, aprofundar e adquirir alguns conhecimentos. Assim, após alguns diálogos e entrevistas informais consegui perceber que nem sempre se afigura fácil neste serviço estabelecer uma relação com o cliente e família. Esta temática é também uma área na qual tenho alguns conhecimentos adquiridos na prática por lidar preferencialmente com doentes crónicos no meu local de trabalho e que achei que poderia passá-los aos colegas do serviço.

De acordo com Alencar (2004) e com Hudak (1997, p.5): “O paciente internado na UCI necessita de cuidados de excelência, não apenas dirigidos para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física.”

Os familiares muitas vezes apresentam solidão, ansiedade, depressão e sofrimento; dificuldade em expressar sentimentos, nomeadamente os familiares/pessoas ligadas ao doente necessitam de: redução da ansiedade; fornecimento da informação sobre estado do doente / equipamento; estar junto doente e principalmente sentirem-se úteis; serem aceites pela equipa; serem capazes de satisfazer as suas necessidades pessoais (alimentação, outros filhos, etc.) e do próprio doente; terem capacidade para estar com o doente na UCI (alguns sentem-se incapazes de enfrentar a situação); carinho, apoio, conversa (necessidades mais relatadas por familiares em estudos realizados).

A troca de informações constitui o principal componente de uma relação de positividade e confiança entre o profissional de saúde e o doente. Embora a comunicação de um diagnóstico de uma doença grave que poderá envolver o risco de morte e incapacidade, provoca sentimentos complexos de dor e sofrimento.

A má notícia é definida como qualquer informação que possa envolver uma mudança radical ou drástica na perspectiva de futuro, geralmente de forma negativa. (Leal, 2003)

Quando a pessoa é confrontada com o anúncio de uma má notícia a tensão excede um patamar de gravidade alta, e neste caso a capacidade de aprendizagem e a eficiência diminuem, deixando as pessoas incapacitadas para enfrentar a situação. O resultado da transmissão de uma má notícia e da forma como ela é comunicada à família tem grande importância, pois dar a má notícia é começar por alertar para a situação e aspectos bons e maus do que poderá acontecer. O local deve ser preparado para que não se seja interrompido por terceiros, que ponha em risco a comunicação pretendida, tentar perceber o que a pessoa/família já sabe e saber o que esta pretende saber. Segundo alguns profissionais de saúde, a maior dificuldade é gerir as emoções e reacções da família, desencadeadas pela notícia, pois cada pessoa reage de forma individualizada e conforme a situação de maior gravidade ou não. E segundo estes profissionais, a informação que fica retida é a que se dá no início e no fim da comunicação, geralmente o meio é esquecido. (Corney, 2000)

Todas as comunicações das más notícias têm um componente objectivo que é a gravidade da doença, outro factor importante é influenciado pelo contexto psicossocial em que vive o doente, pela idade, pela experiência prévia, pelas crenças religiosas e pelas obrigações pessoais e familiares. O comportamento de todos os profissionais de saúde, mais especificamente dos enfermeiros, é importante na diminuição do impacto psicológico e emocional sobre o doente, permitindo a sua adaptação à doença de forma progressiva, diminuindo sempre o sofrimento psicológico. Este sofrimento leva a alterações da capacidade de fixar e recordar a informação, vários estudos realizados demonstraram que o doente só retém cerca de 25% da informação recebida e a maior ansiedade corresponde a uma maior dificuldade para recordar a informação. (Buckman, 1992; Leal, 2003)

A transmissão de uma má notícia é sempre uma tarefa difícil e que exige muita diplomacia por quem a transmite. Todos os profissionais de saúde, para além de planear e gerir estes momentos, também têm de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades dos doentes. O mesmo autor considera que estes medos se podem associar principalmente ao medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades, medo de expressar uma reacção emocional e medo das reacções da família do doente em causa.

Segundo Corney (2000), Kefir e Slevin em 1996 desenvolveram em conjunto, um modelo de crise para trabalhar com as famílias e vítimas de perda, caracterizando a crise em três fases: (a) falta de informação face a uma situação completamente nova, (b) solidão e sensação de falta de apoio, (c) sensação de inexistência de opções disponíveis. A intervenção dos profissionais passa pelas três fases da crise: prestar a maior informação possível, dar apoio emocional ao doente e fornecer opções disponíveis para a sua recuperação.

Sem dúvida que a informação é um dos aspectos principais para ajudar as pessoas a enfrentar a sua nova situação e a reagirem ao sentimento de descontrolo. Todas as pessoas e principalmente os doentes precisam de ter acesso a toda a informação, sendo sempre completada com as questões que o doente deseje colocar e esclarecer sobre a sua situação de doença. (Leal, 2003)

Nesse sentido foi proposta e acordada na reunião de avaliação intercalar a realização de um trabalho na qual fosse possível transmitir aos colegas um pouco acerca da área da comunicação com o doente mas principalmente família. No seguimento dessa concordância foi realizado um trabalho sobre “Comunicação de Más Notícias”, o qual a transmissão de informação foi realizada de uma forma informal em conversas com os colegas, e foi também executado um marcador de bolso com um resumo de um estudo acerca desse mesmo tema para que de uma forma simples e eficaz os colegas possam aceder à informação e sempre que necessário pô-la em prática da melhor maneira e obtendo os melhores resultados possíveis.

2.3. Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados foi a área que privilegiei durante o estágio na UCIP-G do HSJ. Permitiu-me efectuar a gestão dos cuidados na minha área de especialização, bem como

desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente. A área da EMC tem várias problemáticas nas quais incide como o controlo de infecção, o transporte de doentes, o tratamento de feridas, comunicação, doentes em fim de vida, entre outras. De referir que tive oportunidade de desenvolver competências em todas elas.

O método de trabalho utilizado na UCIP-G do HSJ é o método individual de trabalho. Segundo Lobo (2008), na administração de medicação, o método individual de trabalho assume extrema importância na melhoria da segurança do doente internado. O método individual de trabalho, no meu ponto de vista, permite ao Enfermeiro assumir a responsabilidade global dos cuidados que presta, individualizando esses mesmos cuidados. Este método exige mais responsabilidade e conhecimento por parte dos enfermeiros, mas humaniza e garante qualidade nos cuidados prestados, privilegiando a interação do Enfermeiro com o doente e/ou família. Por diversas ocasiões, pude constatar estratégias adjuvantes deste método, tendo identificado no Enfermeiro Coordenador poder decisório em determinados momentos críticos. Com particular agrado, constatei também a figura do Enfermeiro Coordenador, que sendo reconhecido como um elemento com capacidades relacionais e competências técnico profissionais mais diferenciadas, assume um papel especial no centro da equipa multidisciplinar favorecendo a qualidade dos cuidados junto do utente e das famílias através da personalização dos cuidados e da melhoria da comunicação. Para Bártolo (2008), a gestão de enfermagem assenta na repartição de responsabilidades e objectivos, na cooperação no processo de tomada de decisão. Deste modo, consegui tomar de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e ético-deontológicas da profissão de enfermagem, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Em relação à prestação de cuidados especializados com o evoluir do tempo tive oportunidade de realizar transporte de doentes em meio intra-hospitalar, fosse para a realização de exames como Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética ou outros, bem como transportes para o Bloco Operatório ou transferências de serviço. A preparação da transferência/alta do doente atende não só a aspectos administrativos mas também à transmissão dessa mesma informação ao próprio doente, a fim de permitir que esta não acarrete ansiedade, mas sim uma boa adaptação ao novo ambiente e à nova equipa. Desta forma, e sempre que possível proporcionei informação relacionada com o objectivo da transferência e também com a dinâmica que o doente iria encontrar no novo serviço, ou com o que iria encontrar no serviço de radiologia dando ênfase à menor necessidade de vigilância que decorre da evolução favorável da sua situação.

Tive também oportunidade de aperfeiçoar, melhorar e aplicar na prática conhecimentos acerca do tratamento de vários tipos de feridas fossem úlceras de pressão, feridas traumáticas ou cirúrgicas, esta que é também outra das grandes áreas da EMC. É importante referir que não me pareceu que grande parte dos enfermeiros estejam muito inteirados sobre novas técnicas,

protocolos e apóritos para tratamento de feridas sejam de que tipo for, pelo que, seria importante disponibilizar formação aos colegas desses serviços nesse sentido.

Quanto à prestação de cuidados como já referi em cima, as dificuldades também estão presentes, principalmente em alguns procedimentos específicos. Contudo, tive oportunidade de ter algumas experiências novas como a aspiração de secreções por tubos orotraqueais, observar a introdução de cateteres arteriais e ter a possibilidade de colheita sanguínea pelos mesmos, contacto com ventilação invasiva, monitorização de parâmetros como por exemplo a Pressão Intracraniana ou a Pressão Venosa Central, entre outros.

Os cuidados de enfermagem centraram-se também na optimização e manutenção dos dispositivos invasivos e em adoptar medidas de prevenção e controlo da infecção, inclusive na manutenção da via aérea e aspiração de secreções. Assim prestei cuidados ao doente ventilado através da aspiração de secreções na nasofaringe e orofaringe, utilizei a técnica asséptica de aspiração endotraqueal e verifiquei pressões de *cuff*. Durante estes procedimentos, tive sempre o cuidado de verificar o posicionamento do tubo endotraqueal de forma a evitar a entubação selectiva, com consequente atelectasia e, também, extubações acidentais. A vigilância da adaptação do doente ao ventilador é muito importante, bem como a gestão da fracção de oxigénio inspirada. Para verificar se realmente o doente estava bem adaptado, efectuei gasometrias (algo que também nunca tinha experimentado) com o intuito de monitorizar a pressão dos gases e trocas gasosas. Inicialmente apresentei algumas dificuldade e até algum receio no manuseamento dos tubos orotraqueais, contudo, com a experiência fui-me adaptando e ganhando destreza técnica no sentido de atingir os objectivos e adquirir competências.

O controlo das infecções associadas à ventilação invasiva e não invasiva foi uma das minhas principais preocupações. Neste tipo de serviços onde o número de doentes ventilados é quase de 100%, é de extrema importância este controlo de infecções, pelos aspectos inerentes às inúmeras técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, na monitorização e tratamento do doente com falência multiorgânica, demonstrado assim um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.

Nas UCI, a monitorização dos parâmetros vitais é feita de forma invasiva, através de colocação de linha arterial e cateter venoso central. Neste contexto, tive oportunidade de auxiliar o Enfermeiro responsável pelo doente na preparação do material e dos sistemas de perfusão para a monitorização invasiva.

O primeiro contacto com o doente e com a sua família é feito na admissão. A chegada de um doente à unidade é um momento marcado pela instabilidade hemodinâmica do doente e pela rapidez de actuação que é exigida à equipa multidisciplinar. Por esta razão desenvolvi ao longo do meu estágio a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas. Nestas situações também foi possível realizar o Processo de Enfermagem, inicialmente começando por fazer uma observação directa dos problemas, efectuando a avaliação inicial do doente, estabelecendo prioridades gerindo-as correctamente, articulando os conhecimentos teóricos

com a prática, planeando e implementando intervenções adequadas ao doente. Tentei ser assertivo nas minhas intervenções, sendo flexível e mostrando iniciativa. Mostrei interesse e preocupação em desenvolver oportunidades executando todas as técnicas com rigor e demonstrando destreza. Demonstrei possuir um elevado espírito crítico-reflexivo e capacidade de decisão.

A abordagem da via aérea no doente crítico exige, frequentemente, entubação traqueal e ventilação mecânica. A entubação endotraqueal na UCIP-G nem sempre é uma situação programada, por essa razão aquando da necessidade de entubação emergente, quer por Paragem Cardio-respiratória, quer porque algum doente se extubou, exigiu de mim competências técnicas, destreza e capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC. Na UCI é utilizado o índice *bispectral* que é conhecido pela marca registrada BIS^R da empresa *Aspect Medical Systems Inc*. O BIS^R é um indicador processado do eletroencefalograma que é utilizado para avaliar a resposta do paciente aos anestésicos e sedativos. O BIS^R é uma escala numérica que cresce de 0 a 100. Os pacientes acordados e sem medicação pré-anestésica apresentam valores de BIS^R acima de 93. O BIS^R correlaciona-se fortemente com escalas de sedação durante a administração de midazolam e propofol.

Pude também contactar com técnicas dialíticas com equipamento que nunca tinha tido convívência como por exemplo com a *Pyxis*^R ou com ventilação através da ECMO^R que é um equipamento único na Península Ibérica e que só a UCIP-G do CHSJ-Porto tem. Obviamente apresentei dificuldades na manipulação deste tipo de equipamento, mas que com a destreza e com a experiência ao longo do estágio, pois importa referir que também nem todos os enfermeiros da UCIP-G do CHSJ-Porto estão preparados para trabalhar com determinado tipo de máquinas. Por exemplo, no que concerne a equipamento dialítico, muitas vezes é necessário o apoio dos enfermeiros do serviço de nefrologia, os quais se deslocam à UCIP-G para otimizar o funcionamento do equipamento. Também para outro tipo de equipamento os enfermeiros que vão tendo formação acerca do mesmo são aqueles que as vão manipulando, sendo que os restantes, enquanto não têm formação acabam por ir aprendendo com os outros de uma forma prática a manipular os equipamentos.

2.4. Situações Problema Identificadas

Em relação a estabelecer uma relação com o cliente e família nem sempre se afigura fácil neste serviço. Grande parte dos doentes encontra-se sedado e o horário das visitas remete-se a dois períodos diários de uma hora cada que acontecem no turno da tarde. Houve contudo, de minha parte, a preocupação de tentar perceber qual a informação que era passada aos familiares. O facto de haver apenas estes 2 períodos de visita por vezes teria de proporcionar alguma flexibilidade perante alguns familiares que não tinham oportunidade de se dirigir ao CHSJ-Porto naquelas horas específicas, o que nem sempre era o melhor em termos de funcionamento do serviço, isto porque, sendo a UCIP-G uma UCI de característica Aberta em

que não há divisões entre as camas, e estando familiares na hora da prestação de cuidados de higiene, por exemplo, a privacidade dos doentes nem sempre podia ser garantida.

Também neste aspecto, destaco um episódio em que foi decidido retirar SAV a um doente e como tal deixar de o ter ligado à ventilação invasiva, em que a família estava à volta da cama, apenas com biombos, pelo que também não é a melhor situação para os próprios, nem para os outros doentes e familiares. Creio que uma Sala da Família como existe no SU da mesma instituição seria uma solução a ponderar e até um quarto numa divisão à parte destinado aos momentos do fim de vida quando se decidisse retirar a ventilação invasiva aos doentes poderia ser benéfico no respeito pela sua privacidade e pelo seu fim de vida.

Também não foi possível atingir alguns objectivos e realizar algumas actividades como rever ou realizar protocolos para o serviço, visto que estão a ser realizados protocolos comuns a todas as UCI do CHSJ-Porto, pelo que não foi solicitado nem seria de interesse para o serviço a realização desse tipo de documentos. Em termos de formação tenho notado que há alguns aspectos a melhorar, contudo, também tenho verificado que na maioria dos casos nem sempre é por falta de conhecimento dos enfermeiros mas sim devido a outros factores. Por exemplo, em relação à manipulação dos cateteres venosos centrais, a sua manipulação e optimização deveria ser realizada com técnica asséptica, o que não se verifica. Contudo, em conversa com os colegas, eles têm essa percepção, mas ou por falta de tempo ou por já estarem mecanizados nessa prática, grande parte das vezes acabam por não o fazerem com técnica asséptica.

Como anteriormente referi creio que a Supervisão Clínica sendo uma das competências do Enfermeiro Especialista deveria ser levada mais em conta e trabalhada com mais cuidados pelos profissionais que recebem os alunos sejam de que grau forem nos serviços. Senti-me desapoiado, desorientado o que levou a um estado de desmotivação que creio que condicionou e muito o estágio e a classificação neste obtida. O facto de se criarem regras transversais, sejam pela Ordem dos Enfermeiros ou por outra instituição com competência para tal no sentido de se uniformizarem padrões quer de avaliação quer de competências dos enfermeiros na supervisão poderia diminuir o desinteresse que há pelos serviços para com os alunos. Além disso, nos próprios serviços, deveria haver mais cuidado com a selecção dos enfermeiros tutores de estágio. O facto de serem Enfermeiros Especialistas por vezes não chega para que reúnam competências nesse aspecto.

Creio que o facto de não haver um manual de integração ao serviço também é algo que deveria ser repensado pelas mesmas razões que apontei no Módulo I.

Fui capaz de formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica. Mantive, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei. Avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada e

demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, tendo oportunidade de experimentar liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC. Consegui identificar as necessidades formativas do serviço.

3. O ESTÁGIO EM ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR NA DELEGAÇÃO REGIONAL DO PORTO DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O estágio no INEM deve permitir ao aluno desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências inerentes ao Enfermeiro com EEMC, a nível da componente teórica e prática. Assim, foi com alguma expectativa que no dia 28 de Novembro de 2011, pelas 09:30 me dirigi à sede da DRP do INEM para uma reunião de apresentação. A Enfermeira Tutora fez uma breve apresentação acerca do INEM e do SIEM e da distribuição dos vários meios do INEM, o número de turnos que iríamos realizar em cada meio, bem como explicada a forma como poderíamos fazer a marcação desses turnos, bem como nos foi fornecido um manual de estágio onde contemplavam os princípios que devíamos seguir e as regras que deveríamos cumprir. Foi-nos também fornecido um colete para estágio. Desde logo agradou-me e destaco a organização que havia na nossa apresentação a contrastar com os outros 2 Módulos. Fiquei surpreendido pela positiva infelizmente, pois a surpresa não deveria existir porque o normal seria existir esta metodologia em todas as instituições, estágios e módulos de estágio. Nesse mesmo dia ficou combinado que enviaríamos o Projecto de Estágio na primeira semana, via correio electrónico para a Enfermeira Tutora.

Seguindo uma linha condutora de acção para futuro Enfermeiro Especialista, foram traçados para o estágio alguns objectivos gerais e outros específicos, aos quais tentei oferecer resposta e que abaixo irei desenvolver de uma maneira critico-reflexiva de que forma o consegui, dividindo por áreas de competência: Prestação de Cuidados, Gestão e Formação. Inicialmente farei uma pequena abordagem à minha integração no serviço e na parte final do capítulo abordarei as situações problema identificadas.

O estágio foi constituído por 1 turno no CODU, 2 turnos em SBV, 10 turnos em VMER e 16 turnos em SIV, tendo sido realizadas três reuniões: uma de apresentação e uma avaliação intercalar e outra de avaliação final. Foram ainda destinadas 2 horas para a apresentação de um trabalho na sede da DRP do INEM, que se destinava aos profissionais da instituição e que será abordado mais à frente.

O INEM (INEM, 2011) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde. A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM.

Este estágio é de cariz opcional e a justificação pela escolha do mesmo está na introdução deste documento. Contudo, destaco ainda o facto de na assistência pré-hospitalar o Enfermeiro Especialista em EMC poder aplicar todas as suas competências pois muitas vezes é o primeiro a assistir a vítima em estado crítico, sendo aqui além do adulto e idoso também crianças e

onde pode prestar cuidados da sua competência como trauma, doença súbita, tratamento de feridas, monitorização, tratamento de feridas ou transporte de doentes entre outras.

Este estágio tem características diferentes de todos os outros, não há um Enfermeiro Tutor fixo no campo de estágio, nem tão pouco o campo de estágio é sempre o mesmo, logo a questão da integração e interação com os colegas também obedece a propósitos muito específicos, nomeadamente tem de ser mais rápida que o normal, mas que foi possível em todos os turnos pois a disponibilidade de todos os profissionais foi ótima. Assim, creio que o facto de existir mais tempo para o diálogo acabou por tornar mais fácil algo que à partida poderia ser um problema. O facto de ter realizado pelo menos 2 turnos no mesmo meio também acabou por facilitar a integração, principalmente nas SIV, pois já ia conhecendo os colegas e a confiança e abertura ia sendo cada vez maior, o que permitiu também poder identificar algumas necessidades formativas, nomeadamente em campos específicos como o atendimento a doentes oncológicos como abordarei mais adiante. Posso mesmo dizer que tive mais dificuldades em me integrar num dos Módulos em que o campo de estágio foi o mesmo durante 180 horas e a equipa também do que na grande maioria destes turnos em campos de estágio distintos. A verdade é a organização do INEM (todos os turnos eram marcados antecipadamente e os profissionais dos meios recebiam informação que iam ter um estagiário) e a disponibilidade que os profissionais têm para receber alunos faz a diferença.

De salientar que em todos os meios fui sempre bem recebido e orientado, sendo que essa interacção e essa disponibilidade de todos os profissionais, ajudou bastante ao desenrolar do estágio pois havendo um clima de confiança e companheirismo acaba sempre por facilitar a integração e consequente actuação por parte de alguém que chega de novo a um local. Essa confiança em minha opinião acabou por me libertar mais o que me deu autoconfiança para ser mais interventivo e ter mais iniciativa aquando do socorro às vítimas, sendo perspicaz na abordagem às mesmas.

Quero deixar aqui também destacado que na VMER de Vila Nova de Famalicão havia um manual de integração à VMER daquele local, com a área de actuação, o nome dos profissionais, os objectivos, etc. Creio que esse facto é importante, pois dá-nos uma melhor noção e sentimo-nos mais orientados consultando um documento que nos dê as primeiras informações acerca do local onde e com quem estamos e como vamos estagiar.

Contudo, em todos os meios consegui demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar foi claramente atingido.

3.1. Gestão

Em termos de gestão começo por abordar o CODU, pois tive oportunidade de verificar como é feita a gestão dos meios em diferentes contextos. Apesar das chamadas serem atendidas por Técnico Operacional de Telecomunicações de Emergência a verdade é que também aqui deu para perceber que até ao telefone é necessário gerir conflitos. As pessoas por vezes ao pedir ajuda desesperam pela chegada do meio, pelo que ao mesmo tempo que tentam recolher a

informação, estes técnicos tentam acalmar as pessoas e tentam fazer perceber que se não passaram a informação correcta será impossível que o meio INEM chegue ao local da ocorrência com o tempo desejado.

Também no CODU foi possível constatar a gestão das chamadas, isto é, quando o técnico atende, mediante a gravidade de situação classifica a chamada e se for com um grau de gravidade relevante a chamada passa para o médico. Também esta gestão tem de ser cuidada pois o com apenas 2 médicos no CODU Porto a triagem das chamadas é importante para que estes não sejam solicitados nem fiquem com linhas interrompidas com situações irrelevantes. Além disso existe nesta central a gestão dos meios, onde depois da triagem é realizada uma abordagem pelos meios disponíveis mais próximo do local, para saber, mediante o grau de diferenciação necessário, quais estão naquela área disponíveis para acorrer a determinada situação. Verifiquei que neste caso o CODU é informado quando os profissionais fazem pausa para as refeições, nomeadamente das ambulâncias SBV, pois nas SIV e VMER, como meios mais diferenciados, por vezes é necessário interromper a refeição para saídas que necessitem de cuidados diferenciados.

No que diz respeito à gestão do material em cada base, nas SIV, é necessário dar baixa do material no sistema e havendo um stock o material é repostado pelo INEM. Nas VMER o material é pedido à instituição a que a VMER está ligada. Aqui também está algo comum aos profissionais, enquanto os das SIV trabalham para o INEM, os das VMER são funcionários dos hospitais. Creio que essa situação não se faz notar, isto é, apesar de uns serem funcionários de uma instituição e outros de outra, a verdade é que encaram o trabalho com o mesmo profissionalismo e vontade, não sendo a entidade patronal que os limita ou diferencia na consecução das suas competências. Em termos de gestão existe também um responsável de cada base tanto nas SIV como VMER que faz a ligação desde os profissionais dos meios com a delegação, sendo o principal meio de contacto o correio electrónico. Penso que neste aspecto por vezes há alguma distância em relação aos superiores hierárquicos, pois estando estes numa base e havendo por norma um interlocutor que é o responsável da base, acaba por não haver um contacto directo acerca das questões que os profissionais colocam, havendo sempre alguma perda de informação.

A gestão dos horários em algumas bases também é interessante pois com a falta de profissionais, existem quase sempre turnos normais e turnos extra já no horário programado.

A verificação da *check-list* de material do carro e também do próprio carro também se enquadra na gestão, pois todos os dias tem de ser verificado o material da viatura e há dias específicos para a lavagem desta, bem como para a verificação do funcionamento da mesma. Algo que também tive oportunidade de realizar. Pude fazer verificação do material clínico da mesma e ainda do próprio veículo desde luzes, limpa pára-brisas, vidros, verificação da quilometragem, e tudo aquilo que consta na *check-list* da viatura. Outra situação importante e que pode parecer irrelevante mas que é de extrema importância é o abastecimento combustível das viaturas. O mesmo tem de ser realizado por várias vezes, principalmente nas

viaturas com mais saídas e com mais quilómetros, o que não pode ser descorado sob pena de se ficar sem possibilidade de deslocação para o local da ocorrência.

Outra situação bem interessante foi o facto de ter oportunidade de fazer a verificação de todo o material da base em Vila do Conde, que foi solicitado pela DRP do INEM a todas as bases, no sentido de se verificar se as quantidades existentes na base coincidiam com as quantidades de material registado como gasto no sistema informático. Esta situação deu-me outra percepção das quantidades existentes em *stock*, o espaço que ocupam e de que modo estão organizados, isto claro, depende de base para base. De referir que as quantidades de *stock* não estavam correctas em relação às apresentadas pelo programa informático, o que podendo ser uma falha informática, também poderia ter sido por erro dos profissionais, por exemplo, pelo facto de não terem registado todo o material gasto numa determinada saída. Este registo nem sempre é fácil pois o sistema informático é bastante lento e enquanto se está a registar a baixa de determinado material podem ser activados para outra saída, o que depois pode levar a confusões aquando do registo do mesmo.

Assim, em termos de gestão fui capaz de atingir os objectivos/competências delineados nomeadamente: compreender de que forma se deve liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEMC, tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC e exercer supervisão do exercício profissional na área da EEMC.

3.2. Formação

Em termos de formação, como referi em cima, aquando da realização de turnos ia trocando impressões com os colegas acerca do meu local de trabalho. Trabalhando eu no Serviço de Atendimento Não Programado do IPO e atendendo situações urgentes, surgiu logo a questão de os doentes seguidos no IPO-Porto não serem transportados para esta instituição. Era uma pergunta que quase todos me faziam. Além disso também comecei a verificar que havia um défice no atendimento especializado a este tipo de doentes, nomeadamente, por exemplo, o facto de um doente em quimioterapia ter possibilidade de estar neutropénico e não lhe ser colocada uma máscara de protecção, entre outros cuidados.

Com isto, debati com uma colega também em estágio e que também trabalha no IPO-Porto a necessidade de realizarmos uma formação acerca do tema, que inicialmente tínhamos em mente fazer numa das bases. Ao propormos esta temática à Enfermeira Tutora, esta desde logo reconheceu um propósito e uma temática interessante e sugeriu que a apresentação fosse realizada na DRP do INEM. Escolhemos o tema: “Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia”.

A escolha deste tema deveu-se a verificarmos que no IPO-Porto o número de doentes aumenta muito todos os anos. Estes doentes devido à patologia que possuem necessitam constantemente de cuidados médicos e/ou cirúrgicos urgentes/emergentes. As doenças oncológicas, para além do estigma social que carregam, são doenças que pela sua gravidade e

duração, por vezes muito prolongada, debilitam muito os doentes, daí a necessidade destes serem devidamente seguidos e atendidos por quem melhor conhece a sua patologia. De acordo com dados da Direção Geral de Saúde, citada por Regateiro (2004), o cancro é a segunda maior causa de morte em Portugal. Mata sensivelmente 22.000 pessoas por ano, sendo a principal causa de morte em idosos com mais de 65 anos, apresentando repercussões e evidentes a nível individual, familiar e socioeconómico.

As intercorrências/problemas mais frequentes que levam estes doentes a recorrer ao SANP do IPO-Porto, aos serviços de urgência dos hospitais ou a chamar ajuda ao domicílio (INEM), estão relacionados como os tratamentos de quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgias recentes a que estes doentes são submetidos.

O pronto e rápido atendimento/encaminhamento deste tipo de doentes nem sempre é uma tarefa pacífica. A maioria dos doentes oncológicos que recorre de urgência a outras instituições de saúde que não o IPO-Porto é, sempre que possível, encaminhada rapidamente para lá. Isto acontece, como é fácil entender, pelo facto de nessas instituições estes doentes não terem o seu historial da doença oncológica, o que torna, assim, a actuação dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) bastante mais complicada. Sem o historial destes, os profissionais de saúde fora do IPO-Porto que os atendem, têm de se cingir aos dados fornecidos pelos próprios doentes ou familiares. Como os tratamentos realizados pelos doentes oncológicos são tão agressivos e tão específicos, nem todos se sentem à vontade para tratar estes doentes, pois existe um grande risco de se estar a fazer algo desaconselhado mediante o tratamento a que este doente está a ser submetido (quimioterapia e/ou radioterapia).

Este atendimento e encaminhamento de doentes oncológicos torna-se ainda mais complicado quando o doente, por impossibilidade de recorrer directamente às instituições de saúde competentes, chama o INEM ao domicílio. Todos os doentes que recorrem ao INEM para os socorrer, não podem ser levados directamente para o IPO-Porto, pois esta instituição, de acordo com Despacho n.º 5414/2008. Diário da República 42 SÉRIE II de 28 de Fevereiro, não faz parte da rede nacional de urgências. Desta forma, torna-se impossível o transporte de doentes oncológicos pelo INEM para o IPO-Porto.

Outro dos motivos para a escolha desta temática foi o facto de considerar que a assistência a este tipo de doentes deve ser acompanhada, sempre que possível, por uma comunicação próxima com o mesmo e com a própria família, a fim de eliminar muitas dúvidas e medos que frequentemente surgem relacionados às patologias oncológicas. É, também, de extrema importância, a actuação da enfermagem e dos restantes elementos que compõem as equipas multidisciplinares, no atendimento aos doentes oncológicos em situações de urgência/emergência, a fim de diminuir riscos e agravamento de situações graves que podem ser evitados com actuações rápidas, efectivas e adequadas. Como forma de corroborar esta ideia, Regateiro (2004) diz que esta realidade implica uma maior preocupação dos profissionais de saúde em manterem-se actualizados técnica e cientificamente nesta área, de forma a

melhorar o nível de cuidados prestados, aumentar a autonomia das pessoas e respectivas famílias, e melhorar a sua qualidade de vida.

Foi elaborada uma ficha de avaliação referente à pertinência desta formação, onde a maioria dos participantes concordou que foi muito útil e pertinente. A planificação da acção de formação foi elaborada de acordo com o tempo disponibilizado para a apresentação. Realizamos pesquisa bibliográfica, integramos a nossa experiência e saberes adquiridos da nossa prática e realizamos um trabalho que está no Anexo IV. Foi uma experiência nova ao longo dos módulos, pois até aqui todos os trabalhos realizados foram individualmente e neste tive oportunidade de trabalhar em grupo e assim também ter uma oportunidade diferente. Depois de realizarmos um documento de suporte e de os darmos às respectivas orientadoras para uma correcção, realizamos um PowerPoint que nos serviu de base para a apresentação desse mesmo trabalho na DRP do INEM.

A apresentação abordava a importância do tema, da quimioterapia, dos seus efeitos secundários e das urgências que com eles podem advir. Tivemos também oportunidade de fazer uma demonstração prática da manipulação de um cateter venoso central tipo Implantofix, para a qual trouxemos o material necessário e demos oportunidade a todos os presentes de experimentarem e realizarem essa manipulação. De ressaltar que a apresentação era destinada a médicos e enfermeiros e que a manipulação dos Implantofix seria apenas para os enfermeiros.

No fim apresentamos as conclusões e abrimos um período de discussão no qual foi visível a satisfação dos colegas pela abordagem de um tema que carece de maior desenvolvimento e maior formação nestes profissionais. Verificamos também que nenhum deles sabia manipular um cateter venoso central tipo *Implantofix*, nem tão pouco tinha a noção do material necessário como o tipo de agulha, por exemplo, ou os cuidados a ter, como a heparinização. Por fim, o Enfermeiro Tutor solicitou uma lista com o material necessário, com preços e com a pertinência do mesmo, para que possa ser apresentado superiormente no sentido de eventualmente poder vir a fazer parte da carga das viaturas. Algo que já foi realizado. Creio que esta solicitação mostra bem a pertinência do tema abordado e que fomos capazes de passar a informação da importância dos cuidados diferenciados aos doentes em quimioterapia, bem como a importância de uma técnica que pode ser utilizada pelos colegas em situações de urgência/emergência no pré-hospitalar e que era por estes praticamente desconhecida até então.

Em termos de formação nesta área os objectivos e competências delineados foram alcançados nomeadamente comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral, participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC. Além destes também promovi a formação em serviço na área da EEMC, após ter identificado as necessidades formativas nesta mesma área.

3.3. Prestação de Cuidados

Como não poderia deixar de ser destinei uma boa percentagem do tempo à prestação de cuidados em detrimento das áreas de gestão e formação para as quais reservei menos espaço na calendarização. Em primeiro lugar por nunca ter estado sequer numa ambulância, nem como doente, acompanhante, tripulante nem profissional pelo que aqui se vê que a minha experiência no pré-hospitalar era nula; e por outro porque não sei se voltarei a ter oportunidade de voltar à área do pré-hospitalar, podendo esta ter sido a primeira e última vez que tive contacto com a referida área. Aliado a isto e apesar de nunca ter vivenciado qualquer experiência, a verdade é que sempre foi uma área que me fascinou e que me atraiu tanto a nível pessoal como profissional. Como tal, tentei aproveitar cada experiência e cada momento de cada uma delas ao limite, no sentido de me enriquecer ao máximo a nível profissional, como Enfermeiro Especialista, mas também a nível pessoal.

Na área do pré-hospitalar o atendimento ao doente crítico é uma constante, com maior ou menor gravidade, a grande maioria dos doentes têm um acontecimento súbito que pode ser doença súbita ou trauma o que faz de quase todos eles pessoas em situação crítica. Obviamente que quanto mais grave, mais crítica será a situação e sempre que possível será destacado o meio mais diferenciado mediante cada situação. Assim, optei por dividir as minhas experiências pelos diferentes meios do INEM em que tive oportunidade de estagiar: SBV, SIV, VMER e CODU.

Ambulâncias SBV

Os primeiros 2 turnos que realizei foram em ambulância de SBV – Porto 4. Esta escolha deveu-se ao facto de aliando à proximidade geográfica da minha área habitacional e do meu local de trabalho, também ser um meio que cobre a área da cidade do Porto e que a base é nas traseiras da DRP do INEM, sendo por isso um meio que tem dificuldades nomeadamente com o trânsito que é infernal em horas de ponta, abrangendo também alguns bairros conhecidos pelos desacatos frequentes ou pelos frequentadores dos mesmos serem de grupos problemáticos, pelo que me iria permitir o contacto com diferentes realidades e que claro que queria aproveitar essa experiência.

Cada ambulância tem 2 TAE. Tive oportunidade de realizar saídas para doença súbita e para trauma, desde Paragem Cardio-respiratória e vítimas de trauma por agressão creio que para os primeiros turnos foi muito interessante, tanto que, durante o restante estágio todo, poucas mais situações de trauma tive oportunidade de vivenciar. Contudo, nestas ambulâncias, para um Enfermeiro o trabalho é limitativo, pois os TAE não podendo realizar determinados procedimentos porque obviamente não estão preparados para tal nem tão pouco fazem parte das suas competências não podem realizar determinadas técnicas que, eu sendo Enfermeiro as poderia fazer. Dou como exemplo a punção venosa. Numa das situações havia uma vítima em hipoglicemia. Os TAE não podem puncionar porque não é da sua competência. Eu sendo Enfermeiro tinha competência para fazê-lo, mas sendo um Estágio de Observação como é

referido no manual do INEM que nos foi entregue, e não tendo naquele momento a supervisão de um Enfermeiro não o poderia fazer. Nesse sentido senti-me limitado. Apesar disso considero que foi muito importante para ter noção da realidade deste tipo de meios e creio que o número de turnos destinados a SBV também é o adequado para um Estágio de alunos do Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem, com EEMC.

Nestes meios a avaliação de sinais vitais, glicemia capilar, a rápida intervenção na limpeza e tratamento de feridas e/ou controlo de hemorragias, a estabilização da vítima e a passagem de dados para que posteriormente seja dada continuidade com uma equipa mais especializada num rendez-vous ainda em meio extra-hospitalar ou no hospital de destino são as acções fundamentais e que também tive oportunidade de realizar e participar. Creio que os TAE estão bem preparados para as funções que lhes são destinadas, contudo creio que em algumas situações a presença de uma SIV seria importante, isto é, a presença de um profissional mais diferenciado como um Enfermeiro daria outra garantia de qualidade e de prestação de cuidados mais eficientes, como na referida situação da hipoglicemia em que a actuação seria mais diferenciada e rápida.

Pelo que me pude aperceber, além deste facto, as ambulâncias de SBV são também muito importantes na abordagem inicial à vítima, sendo muitas vezes estes técnicos que iniciam manobras de SBV, que fazem aumentar a probabilidade de sucesso das equipas especializadas quando chegam ao local.

Ao longo dos 2 turnos tive 9 saídas, uma das quais em que se deslocaram ao local 4 meios: uma ambulância dos bombeiros da área (primeiros a chegar), seguindo-se a Mota INEM, a nossa Ambulância SBV e de seguida a VMER. Este caso foi de uma idosa de cerca de 90 anos já seguida num Serviço de Cuidados Paliativos por um melanoma em fase avançada e que entrou em Paragem Cardio-respiratória que não foi possível reverter nem foram iniciadas manobras de SAV pois à chegada da VMER houve ordem para suspender manobras. Acerca deste tema irei falar mais adiante pois é um tema que exige reflexão: quando suspender manobras de SAV.

Esta ambulância exteriormente é muito semelhante às ambulâncias SIV, porém o seu interior, relativamente à sua organização e materiais é um pouco diferente. As ambulâncias SBV apenas estão munidas materiais e equipamentos que permitem a abordagem inicial às vítimas de doença súbita e trauma. Esse material é uma bala de oxigénio, aspirador de secreções, DAE, mala de abordagem inicial da vítima, mala de trauma, talas de imobilização de fracturas, maca, cadeira de transporte, entre outros.

Enquanto Enfermeiro tenho a perfeita consciência que este tipo de ambulâncias é de grande utilidade e importância na assistência pré-hospitalar, até porque muitas das activações não passam de casos não urgentes e sem compromisso imediato de funções vitais. Porém, a abordagem ao doente em situação crítica exige conhecimentos alargados sobre anatomia e fisiologia humanas de uma forma global e não por partes, como estes profissionais são formados em acções de formação individualizadas, visando uma posterior actuação

direccionada ao problema específico. A administração de fármacos exige, também, conhecimentos de farmacologia abrangentes, é necessário conhecer o fármaco que se administra, a sua semi-vida, o que potencia, incompatibilidades e, não menos importante, saber como actuar em caso de reacção alérgica. Por tudo isto, considero que o Enfermeiro foi, é e será sempre o profissional mais habilitado para actuar em situações urgentes/emergentes, reunindo as capacidades práticas e técnicas com conhecimentos teóricos alargados, pelo que creio que o ideal seria passarem as ambulâncias SBV para os bombeiros como já acontece em alguns casos e transformar as SBV em SIV, o que possibilitaria existir um Enfermeiro em muitos mais meios disponíveis para a sociedade e que em alguns casos são bem precisos, pois poderiam decidir de uma forma que os TAE não têm capacidade, no sentido de instruir a pessoa sobre a real necessidade de ser ou não transportada para o hospital, pois poderiam resolver a situação com a administração de um fármaco, ou até avaliar que não haveria necessidade de transporte para meio hospitalar, levando assim a que as urgências pudessem não estar tão “cheias” como costumam estar.

Nas ambulâncias de SBV, a passagem de dados ao CODU, relativos a cada activação, é feita via telefone. É também via telefone que o médico regulador do CODU informa qual o serviço de saúde para onde se deve transportar a vítima. Toda esta informação é registada no “mobile clinic” e enviada posteriormente para o CODU. Neste aspecto creio que a ligação dos meios funciona bem, contudo sempre limitados pelas competências e conhecimentos dos TAE que se fosse um Enfermeiro a informação seria com certeza mais concisa.

Ambulâncias SIV

Em relação aos meios Ambulância SIV foi o que mais gostei, talvez por ter mais turnos e por lá se terem proporcionado a maior parte das experiências, ou por ser o meio que pelo que pude observar o Enfermeiro terá mais autonomia, sendo o único meio em que o Enfermeiro é por norma *team leader* e onde a tomada de decisão é do Enfermeiro, obviamente sempre com validação do CODU e respeitando protocolos. A tripulação da Ambulância de SIV é constituída por um Enfermeiro e um TAE. Neste tipo de meio, para além de manobras de SBV, é possível a realização de SAV, com permeabilização da via aérea (entubação orotraqueal/máscara laríngea), ventilação mecânica e desfibrilhação. Nas SIV a actuação rege-se segundo os vários protocolos de actuação, onde alguns fármacos já estão definidos para determinadas situações e outros necessitam de validação do médico que se encontra no CODU. Ao nível dos recursos técnicos, estas ambulâncias encontram-se equipadas com material mais diferenciado como: mala médica – fármacos e fluídos de emergência e todo o material de preparação e administração, monitor/desfibrilhador Life Pack 12^R (permite a realização de ECG de 12 derivações e posterior envio do mesmo, por e-mail para o médico no CODU), saco de doença súbita – material necessário para assegurar via aérea avançada, ventilador, aspirador, oxigénio, frigorífico e aquecedor de soros, saco de trauma, material de imobilização e transporte, Kit de partos, material de reserva.

Nas SIV tive também oportunidade de consultar protocolos, discutir com colegas possíveis melhorias no SIEM, nomeadamente nestes meios, bem como trocar impressões e partilhar experiências já vividas tanto da parte dos colegas para mim, mas também no sentido inverso.

Nos 16 turnos de SIV, realizei alguns na SIV Santo Tirso e a maioria deles na SIV de Vila do Conde, por uma questão de proximidade à minha área habitacional. Tive oportunidade de ter várias saídas, embora tenha acontecido de em 2 ou 3 turnos não terem acontecido quaisquer saídas. Contudo, noutros tive saídas muito interessantes, desde Paragem Cardio-respiratória que conseguimos reverter, onde tive oportunidade de trabalhar com DAE, até histórias de como alguém pode ter a sorte de “o azar lhe bater à porta na hora certa,” que foi o caso de uma senhora que teve um episódio de lipotimia enquanto falava ao telefone com a filha que estava em França, sendo que esta alertou os vizinhos e estes chamaram o 112; até ter uma saída na minha rua, e no dia seguinte por incrível que pareça fui mesmo chamado ao meu prédio. Enfim, tudo foi possível... até ter ido mesmo à praia buscar uma senhora que tentara o suicídio e foi salva por surfistas. Foram de facto turnos fantásticos com experiências únicas.

Tive oportunidade de aplicar protocolos e realizar diversas técnicas, umas que tenho oportunidade no meu dia a dia como uma simples punção venosa, manobras de SBV, tratamento de feridas, administração de fármacos e outras que só mesmo em casos de simulação como em cima referi como a utilização do DAE. Tenho também de agradecer aos colegas dos meios, pois apesar de ser considerado um estágio de observação me deixaram actuar e muitas vezes me deram liberdade para liderar as situações. Esta situação acabou por me dar confiança em saídas seguintes, pelo que cada vez era mais interventivo e a iniciativa era cada vez maior pois sabia que estando seguro dos meus conhecimentos, também os colegas sentiam confiança em mim para eu actuar.

O estágio da SIV foi dividido entre a SIV de Vila do Conde e SIV de Santo Tirso. As ambulâncias SIV podem ser de dois tipos, A e B. As SIV tipo A, têm activações menos diferenciadas mas em maior número, visto servirem, normalmente, populações com instituições de saúde mais dispersas e com piores redes de comunicação, assim o socorro pré-hospitalar ambiciona ser o mais diferenciado possível, pois situações menos graves podem rapidamente descompensar e necessitar de SAV (suporte avançado de vida). A SIV tipo B tem activações mais diferenciadas, para situações já de si mais graves, que necessitam logo á partida de uma actuação mais agressiva em termos de farmacologia e de técnicas. Para além disto, estas SIV servem populações com características próprias e com incidentes específicos (ex: acidentes em alto mar, afogamentos por água salgada...). A SIV de Vila do Conde e Santo Tirso são tipo B.

Durante os 16 turnos que realizei, tive oportunidade de vivenciar diversas situações, pois foram muitas as activações. Destes accionamentos, mais uma vez, e tal como nas ambulâncias de SBV apercebi-me que a doença súbita é a causa mais frequente de activação, com a dispneia e a dor torácica a serem as queixas mais frequentes, mas também alterações do estado de consciência, devidas por vezes a hipoglicemia e a intoxicações etílicas ou medicamentosas.

VMER

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar que tem como objectivo principal o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra o doente. A viatura médica de emergência e reanimação é tripulada por um enfermeiro e por um médico. Permite efectuar todas as medidas de *lifesaving*, desde SAV, desfibrilhação, ventilação mecânica e actuação perante a vítima de doença súbita/trauma tendo uma panóplia de fármacos à disposição possibilitando a sua estabilização de forma a ser transportada para o hospital. As VMER encontram-se localizadas em hospitais. A reposição dos *stocks* neste meio é da responsabilidade do hospital onde a VMER se localiza, ao contrário dos restantes meios INEM (SIV e SBV) onde essa reposição é inteiramente da responsabilidade da parte logística do próprio INEM. A limpeza e desinfectação de equipamento, tratamento dos lixos e materiais infectados é, também, da responsabilidade do hospital. Esta é uma das grandes vantagens que as VMER têm em relação às SIV.

As VMER estão equipadas com um *Mobile Clinic* e telemóvel, mala médica que contém uma panóplia de fármacos mais diversificada que nas SIV, monitor/desfibrilhador *Life Pack 12^R*, saco de reanimação com todo o material necessário para assegurar via aérea avançada, ventilador, aspirador, oxigénio, frigorífico e aquecedor de soros, saco de trauma, material de imobilização e transporte, *Kit* de partos, sacos de reserva. Todo o material disponível existe para adulto e criança. Como já foi referido anteriormente, apesar de se tratar de um estágio essencialmente de observação, senti necessidade de me inteirar de todo material das malas (médica e trauma), conhecer o funcionamento dos equipamentos - monitor/desfibrilhador *Life Pack 12^R*, aspirador e ventilador. Para tal tive sempre a ajuda quer dos enfermeiros quer dos médicos. Deram-me oportunidade de abrir os *kits*, testar material, testar o desfibrilhador, etc. Nas VMER existem dois profissionais de saúde, em que a existência de um médico no local dá mais liberdade de actuação ao profissional sem antes ter de passar alguns dados ao CODU que noutros meios teria de ser realizada. Por exemplo a administração de fármacos ao doente em que nas SIV teria de se pedir ao médico do CODU, neste caso não é necessária essa autorização. Também gostei bastante e tive oportunidade de assistir, colaborar ou instrumentar em técnicas como entubação orotraqueal que nunca tinha tido essa oportunidade. Aqui também se verifica que no pré-hospitalar nem sempre é fácil estabilizar a vítima, pois nem sempre os procedimentos decorrem como planeamos.

Foi aqui também que tive oportunidade de realizar uma imobilização em plano duro, algo que pode parecer banal, mas que para quem não tem qualquer experiência em pré-hospitalar acaba por ser muito importante realizar e seguir os protocolos para ter a verdadeira noção da realidade e de que forma são dados todos os passos para que se alcance o sucesso.

Nas VMER identifiquei vários casos de Paragem Cardio-respiratória em vítimas com idade superior a 75 anos já em rigidez cadavérica em que à nossa chegada ou já os bombeiros ou TAE estavam em manobras de SBV e suspendia-se na maior parte dos casos. Esta questão como referi em cima irei abordar mais adiante. Realizei 4 turnos na VMER São João, 2 turnos

na VMER Santo António, 2 turnos na VMER Pedro Hispano e 2 turnos na VMER Vila Nova de Famalicão, o que me permitiu ter a percepção de diferentes realidades em contextos de actuação diferentes. Em todas as situações, quer de doença súbita, quer de trauma, participei ativamente, notando que uma diferença entre as VMER's e as SIV's reside na carga farmacológica, visto as primeiras terem à sua disposição uma panóplia bastante mais vasta, e como está presente um médico, não há necessidade de pedir qualquer tipo de validação por parte do médico regulador.

A VMER ao contrário dos outros meios tem activações para situações mais graves, com compromisso vital imediato ou provável, todavia as informações fornecidas ao ligar para o 112 são falsas e/ou menos verdadeiras e as equipas são activadas para situações menos graves, estando por vezes ocupadas quando surgem eventos verdadeiramente urgentes/emergentes. Leal, do gabinete de Imprensa do INEM, afirmou ao Jornal de Notícias de 12 de Fevereiro de 2010, que "(...) a PSP, a quem pertence a central 112, detecta muitas dessas chamadas, e aos CODU já só chega uma percentagem mais baixa de pedidos de ajuda falsos. Para além disso, a experiência dos operadores dos CODU permite-lhes detectar com relativa facilidade a falsidade da chamada". Contudo, isto nem sempre é possível e as pessoas acabam por continuar a enganar ou a manipular o sistema no sentido de obterem um meio mais diferenciado, pois conhecem algumas queixas que por norma lhes "oferecem" um meio mais rápido e diferenciado.

CODU

Já abordei o que era o CODU, contudo importa frisar que em Portugal a abordagem ao doente vítima de doença súbita/trauma é coordenada pelo INEM. Todas as chamadas efectuadas para o 112 são recepcionadas numa central de polícia que encaminha as chamadas de emergência médica para o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes), existem 4 CODU em Portugal: Porto, Lisboa, Coimbra e Faro. A chamada encaminhada para CODU é atendida por um operador telefónico que faz a triagem das necessidades de resposta e propõe um meio para encaminhar para o local. No CODU estão sempre presentes dois médicos, apenas depois de validarem ou alterarem o meio proposto pelo operador é que a informação é encaminhada para os operadores que estão a fazer o accionamento, para estes activarem os meios em questão.

Para qualquer ocorrência, a decisão dos meios de socorro a enviar é tomada pelos Médicos dos CODU, após a triagem clínica da chamada. Basicamente são enviados meios quando exista uma situação de risco de vida ou esteja em causa uma função vital da vítima. A decisão do tipo de meios a enviar - medicalizados ou não-medicalizados - tem em conta um conjunto de factores, entre os quais: situação clínica da vítima, meios disponíveis em cada momento e distância às unidades de saúde. De acordo com a gravidade da situação em causa são definidas diferentes prioridades.

A experiência no CODU é essencial para que se perceba toda a engrenagem do SIEM. Foi um turno bastante interessante, pois assim fiquei a perceber como todos os mecanismos são activados, como toda a informação é passada, como os meios são geridos, a dificuldade que há por vezes em definir qual o meio mais adequada para determinada situação ou até qual o meio mais próximo de determinado local. Sem se passar pelo CODU tem-se uma pequena ideia de como o sistema funciona. O CODU tem mais para nos oferecer em parte de gestão do que propriamente na prestação de cuidados. As situações problema identificadas no CODU serão abordadas no subcapítulo seguinte.

Nos diferentes meios fui capaz de gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei. Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC e desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, bem como fui capaz de tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.

Em relação à interacção com o doente e família pensei que iria trazer mais dificuldades no sentido de as pessoas serem pouco compreensivas. Mas não... Pelo que me apercebi, em situação de desespero, tanto os doentes como as respectivas famílias colaboram ao máximo com os profissionais, havendo também quase sempre um familiar “que se encarrega” de transmitir informações importantes aos profissionais e tentando acalmar a restante família, o que facilita a actuação e os procedimentos a realizar à vítima.

Por vezes há situações em que não é fácil também esta interacção. Por exemplo em vítimas de Paragem Cardio-respiratória em rigidez cadavérica o facto de se dizer à família que não há nada a fazer nem sempre é fácil. Contudo, creio que também para a família é sempre melhor receber esta notícia na sua sala de estar, de jantar ou na sua cozinha, do que no corredor de uma urgência e sem poder estar muitas vezes perto do seu ente querido. Creio que, o local acaba por ser o mais apropriado para estes casos que infelizmente têm de acontecer. Até para o próprio profissional, ter um local calmo, sem intromissões, em silêncio, acaba por “facilitar” a difícil tarefa que é dizer, por exemplo: “o seu marido faleceu”. Numa altura em que se fala tanto de haver uma área nos hospitais denominada: “sala da família”, no meio do mal, nada melhor do que a família estar no seu meio, com os seus reunidos, na sua própria sala.

3.4. Situações Problema Identificadas

Ao longo do estágio foi-me possibilitado conhecer a orgânica de diferentes meios por onde estagiei, conclui que nem todas as bases têm condições recomendáveis para trabalhar, sendo que as bases das SIV e das VMER são bastante diferentes, pois as primeiras são bastante pequenas, não possuem casa de banho nem quartos para os elementos da equipa poderem

descansar, o mesmo já não se passa com as bases VMER, que têm casas de banho, com duche e dois quartos individuais para cada um dos profissionais.

Outra das situações que verifiquei foi o facto de somente a VMER do Hospital Pedro Hispano possuir garagem para a viatura. Esta situação das viaturas estarem vulneráveis às intempéries climatéricas torna-se por vezes muito problemática. No Verão as viaturas estão expostas ao sol, atingindo muitas vezes temperaturas superiores a 40°C, o que é grave pois os equipamentos, materiais e medicação estão constantemente sujeito a estas temperaturas, podendo sofrer alterações importantes, que podem mesmo levar à sua não utilização, para já não falar também no pessoal. No inverno, o frio intenso que se sente em algumas localidades, acaba por ser igualmente problemático. Os profissionais ficam sujeitos ao frio, chuva, vento... sempre que saem ou entram para as bases.

Uma das situações problema que identifiquei foi a questão de que as bases das SIV não possuem local próprio, onde se possa realizar a descontaminação do material utilizado. Esta situação não vai de encontro com as directrizes do Plano Nacional de Controlo de Infecção. Embora uma SIV onde realizei estágio (Vila do Conde) estar fisicamente integrada em Centro de Saúde, o pessoal não tem acesso às respectivas instalações 24 horas, o que faz com que a partir da hora de fecho das respectivas instituições, o pessoal da SIV, fica sem local onde realizar convenientemente a descontaminação dos materiais. Nestas alturas, este procedimento tem de ser realizado nas casas de banho que o pessoal usa. Esta situação constitui um grande risco quer para as vítimas, quer para os próprios profissionais que têm de utilizar posteriormente essas instalações. A existência de local próprio onde se possa fazer descontaminação de material é condição mínima para se poder trabalhar com segurança, sendo esta uma temática que me preocupa. Creio que seria importante haver nas bases locais próprios para estes procedimentos ou a existência de um veículo que recolhesse este material, deixando outro nas bases e que o levasse para uma central de descontaminação/esterilização.

Uma situação problema que identifiquei no CODU foi muitas vezes a dificuldade que há entre o operador e quem pede socorro devido na maioria dos casos ao *stress* dos últimos que não entendem para que são tantas perguntas e que começam a desesperar pensando que se está a perder tempo, sendo que esse nervosismo e essas perguntas e comentários paralelos é que são muitas vezes o motivo da perda de tempo. Daí concluo que as pessoas estão bem instruídas em parte para o que devem fazer que é ligar 112. Não estão tão bem para o que devem dizer quando ligam. A solução passará por maior instrução seja através de publicidade não institucional nos diferentes meios de comunicação ou em cartazes *outdoor*, ou até através do departamento de formação do INEM. Este departamento deveria organizar formações em escolas, empresas, centros de emprego e/ou em associações e instituições, sendo que seria importante haver uma obrigatoriedade e uma legislação para que estas formações chegassem de igual modo a todos, não só aos meios urbanos mas também a meios rurais onde o nível de instrução académico da população é mais baixo.

Outra sugestão seria voltarem a existir enfermeiros nos CODU, cuja função era receber as informações das ambulâncias de SBV e SIV em campo, pois esta situação poderia eventualmente não ocupar os médicos para as situações que são efectivamente muito graves.

A análise das situações que acima referi proporcionou-me desenvolver capacidade de gestão e interpretação, de forma adequada, de informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada, permitiu-me também atestar nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.

4. CONCLUSÃO

O Relatório de estágio é um espaço onde a descrição do percurso efectuado, permite demonstrar quais as experiências significativas que contribuíram para a aprendizagem, abordando as intervenções e reflexões realizadas ao longo do estágio e o contributo dado para a aquisição de competências na área de EMC. Assim, os objetivos deste relatório foram concretizados, considerando que do processo de construção, emergiu o aperfeiçoamento da minha capacidade reflexiva, através do constante questionamento das experiências vivenciadas, competência fundamental para a evolução pessoal e profissional como Enfermeiro Especialista.

As múltiplas experiências que despontaram dos diferentes contextos em que os módulos ocorreram, facilitaram a consolidação de saberes, proporcionando a aquisição de competências inerentes a um Enfermeiro Especialista em EMC. Esta aprendizagem não se resumiu apenas à componente instrumental das intervenções de enfermagem, mas ao processo de tomada de decisão, interiorizando os mecanismos necessários à produção de um juízo clínico que se coadune com a prestação de cuidados avançados, ou seja, cuidados de maior complexidade e diferenciação. A minha autonomia como Enfermeiro Especialista na área de EMC fica assim fortalecida e sustentada em processos cognitivos e não meramente instrumentais.

A formação como estratégia fomentadora da qualidade dos cuidados, foi um conceito que explorei nos 3 Módulos de Estágio, ao planear e executar sempre que possível sessões formativas, abordando conteúdos complexos do âmbito profissional e académico, com o foco da atenção relacionados com o conforto do doente e a relação com o doente/família, permitindo o aprofundar da minha capacidade comunicativa.

A eficiência na saúde e produtividade são componentes indissociáveis de uma gestão com qualidade, onde cada vez mais as intervenções são avaliadas, não apenas pelos resultados que obtém mas também pelo custo despendido. Das realidades encontradas, define-se um indicador comum na gestão dos recursos materiais, a consciência da importância de uma utilização responsável. Assim, o trabalho apresentado no SU permitiu dar uma percepção de como poder reduzir o sofrimento do doente ao mesmo tempo que se poupa material.

Para a qualidade dos cuidados contribui uma boa gestão dos recursos humanos, equilibrando a distribuição dos enfermeiros por níveis de competência, motivando-os para a excelência dos cuidados, utilizando metodologias impulsionadoras da igualdade no acesso à informação, evitando uma discriminação negativa na equipa. Zelar pelos cuidados de enfermagem implica assim uma gestão dos recursos eficiente na qual o Enfermeiro Especialista em EMC tem um papel preponderante.

A prestação de cuidados de enfermagem foi a área na qual empenhei e centrei o foco da minha aprendizagem. O contacto com o doente nos diferentes contextos facilitou a construção de saberes proveniente da interacção com o doente e com a família. A singularidade de cada

indivíduo e a multiplicidade de respostas humanas a um problema de saúde ou aos processos de vida com que me deparei possibilitou o aprofundar de conhecimentos na área da EMC. Através de uma relação de ajuda, e de acordo com o mandato social da profissão, desenvolvi uma metodologia eficaz na assistência ao doente e à família, permitindo que esta expusesse os seus medos e receios e intervindo na redefinição de papéis, relacionados com a transição para prestador de cuidados, utilizando para isso, técnicas de comunicação que facilitaram o processo terapêutico. No doente crítico, compreendi a importância e demonstrei capacidade, quer no desenvolvimento de técnicas específicas quer na capacidade diagnóstica, utilizando e interpretando os dados provenientes da vigilância intensiva, permitindo a prestação de cuidados em todas as fases do processo de enfermagem.

Aprofundei conhecimentos acerca do conforto do doente, nomeadamente através de administração de fármacos por vias alternativas à via endovenosa e de que forma o Enfermeiro Especialista pode e deve aplicar e incentivar os restantes enfermeiros mas também médicos a serem sensíveis a esta temática. As situações imprevistas e por vezes complexas com que me deparei, exigiram tomadas de decisões rápidas e fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.

O processo de mudança da prática, quer seja produzido hierarquicamente ou por alterações baseadas na evidência e resultados de investigação válidos, afigura-se sempre como uma tarefa de alguma dificuldade. Em todos os locais de estágio identifiquei algumas lacunas, tendo sido dada a possibilidade de sugerir medidas de melhoria.

As limitações encontradas centram-se na vontade de fazer mais, mas que o tempo não permitiu. Concentrar a aquisição e consecução dos objectivos do projecto de estágio em todos os módulos, revelou-se uma tarefa impossível de concretizar. Apesar de na globalidade todas as competências terem sido adquiridas, tenho a noção que poderia sempre fazer mais, se a limitação temporal o permitisse. No entanto, o estágio foi sem dúvida o contributo final para a consolidação dos saberes inerentes ao Enfermeiro Especialista na área da EMC.

Das implicações para o futuro do meu percurso profissional, é inevitável salientar o contributo que o Curso de Mestrado em Enfermagem, com EEMC proporcionou ao permitir o meu crescimento como pessoa e como Enfermeiro, dotando de mais e melhores recursos para enfrentar as dificuldades com que me depararei ao longo da minha vida pessoal e profissional.

Objetivando o contributo e os projectos a curto prazo, com esta experiência fiquei com vontade de regressar um dia a esta área da assistência pré-hospitalar e para isso pretendo investir na minha formação frequentando um curso de SIV e/ou SAV bem como um curso ligado à área do trauma, onde creio que apesar dos conhecimentos teóricos me falta ainda muita prática para ser um *expert* nessa matéria. Além disso, apesar de já ser uma técnica bastante utilizada, pretendo no meu serviço conseguir implementar um projecto que vise cada vez mais a administração de fármacos injectáveis por vias alternativas, com ganhos para o doente e para a instituição, através de um protocolo de actuação. Estes projectos não seriam viáveis de elaborar, sem as competências adquiridas ao longo deste curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Norte. 2009. Via Verde Acidente Vascular Cerebral na Região Norte, p. 1. [consultado em 18/02/2012]. Acessível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>
- Alarcão, M. 2000. Desequilíbrios Familiares. Quarteto Editora. Coimbra.
- Alencar, C. et al. 2004. Administração do Tempo nas Atividades de Enfermagem de Uma Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brás de Enfermagem. Vol. 57, nº2, pp. 417-420. Brasília.
- Bártoło, E. 2008. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Sísifo – Revista de Ciências da Educação, nº 5, Janeiro – Abril. Unidade de I&D de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Buckman R. 1994. *How to Break Bad News – A Guide for Health Care Professionals*. PanBooks. Londres.
- Christ M. et al. 2010. *Modern Triage in the Emergency Department. Deutsches Ärzteblatt International*. Vol. 107(50): 892-8; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0892 [consultado em: 17/2/12]. Acessível em: <http://www.aerzteblatt.de>
- Corney, R. 2000. O Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento em Medicina. Climepsi. 2ª Edição. Lisboa.
- Diário da República nº 42. Série II. Despacho nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro. 1º Portugal. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Lisboa.
- Dias, C. 2005. Liderança em Enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem, Número 3, pp. 46-52. Instituto Formação em Enfermagem, Lda. Amadora.
- Direcção Geral da Saúde. 2011. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Lei de Bases da Saúde. Lisboa. [consultado em: 17/2/12]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- Diogo, S. 2007. Impacto da Relação Cidadão - Sistema de Triage de Manchester na Requalificação das Urgências do SNS. Escola de Gestão do ISCTE. Dissertação Submetida como Requisito Parcial para Obtenção de Grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde. Orientador: Professor Doutor Paulo Kuteev-Moreira. Lisboa.
- Gomes, J. 2010. Unidade de Cuidados Intensivos: Como Ajudar o Meu Familiar?. Revista IESS, pp81. Lisboa. [consultado em: 17/2/12]. Disponível em: http://www.clipovoa.pt/upload/5/fckeditor_files/file/HLUZ_medint_trab_pub_uci_andgom_es_iless09_verao.pdf
- Gwyn, K. 2002. *Chemoprevention of Colorectal Cancer. The American Journal of Gastroenterology*. Nº 97, pp.13-21. Review. Janeiro.
- Hudak, C., et al. 1997. Cuidados Intensivos de Enfermagem – Uma Abordagem Holística. 6ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A. Brasil

- Instituto Nacional de Emergência Médica. 2011. O Que é o INEM?. [consultado em: 17/2/12]. Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27668
- Jesus, E. 2004. Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Lazure, H. 1994. Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de Um Critério de Competência da Enfermeira. Lusodidacta. Lisboa. ISBN 972-95399-5-2.
- Leal, F. 2003. Transmissão de Más Notícias. Dossier: Cuidados Paliativos. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Lisboa.
- Leal, R. 2010. *In* Jornal de Notícias de 12 de Fevereiro.
- Lobo, Machado. 2008. O Erro na Administração de Medicação - Causas e Factores Contributivos e Atitudes dos Enfermeiros. Universidade Aberta. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde por Ana Catarina Machado Lobo Sob a orientação do Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno. Lisboa.
- Machado, P. 2001. Gestão de Recursos de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Contributo para um Discurso Mais Rigoroso. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Orientação de Abel Paiva e Silva, Mestre em Ciências de Enfermagem. Porto.
- Martins, H. et al. 2009. *Is Manchester More Than a Triage System? A Study of its Association with Mortality and Admission to a Large Portuguese Hospital. Emergency Medicine Journal: EMJ.* Vol. 26, n.º 3, p.183-186. ISSN 1472-0213.
- Marcon, S. et al. 2002. O viver em Família e Sua Interface com a Saúde e a Doença. Eduem. Maringá.
- Ordem dos Enfermeiros. 1998. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. [consultado em: 17/2/12]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- Ordem dos Médicos. 2008. Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa.
- Regateiro, F. et al. 2004. Enfermagem Oncológica. 1ª Edição. Formasau – Formação e Saúde Lda. Coimbra.
- Sheehy, S. 2001. Enfermagem de Urgência, da Teoria à Prática, 4ª Edição. Lusociencia. Loures.
- Sampaio, D. et al. 1985. Terapia Familiar. Afrontamento. Lisboa.

- Universidade Católica Portuguesa. 2009. Plano de Estudos. [consultado em: 17/2/12]. Disponível em: <http://www.ucp.pt>
- Watson. J. 2002. Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Lusociência. Lisboa.

ANEXOS

- Anexo I** Caracterização dos Campos de Estágio
- Anexo II** Acção de Formação: Administração de Fármacos por Via Subcutânea e Hipodermoclise: Uma Solução
- A) Contextualização Teórica do Tema
 - B) Marcador de Bolso - Compatibilidade dos Fármacos pela Via Subcutânea
- Anexo III** Acção de Formação: Comunicação de Más Notícias
- A) Contextualização Teórica do Tema
 - B) Marcador de Bolso – Os Seis Passos para a Comunicação de Más Notícias
 - C) Diapositivos da Formação
- Anexo IV** Acção de Formação: Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia
- A) Contextualização Teórica do Tema
 - B) Planificação da Formação
 - C) Panfleto da Formação
 - D) Diapositivos da Formação
 - E) Ficha de Avaliação
 - F) Resultados da Avaliação

Anexo I

Caracterização dos Campos de Estágio

O CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO DO PORTO

O Centro Hospitalar de São João do Porto, Empresa Publico Empresarial, é uma pessoa colectiva de direito público empresarial. O Hospital de São João é o maior hospital do Norte e o segundo maior do país. É um hospital universitário com uma ligação umbilical à Faculdade de Medicina do Porto que ocupa o mesmo edifício em regime de condomínio.

Presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes. Actua como centro de referência para os distritos do Porto (com excepção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas. Para muitas especialidades e áreas do saber médico é a última instância no país em termos de diagnóstico e tratamento.

Em 31 de Dezembro de 2005, o Hospital de São João (HSJ) passou a Entidade Pública Empresarial e encetou um processo de reorganização interna e de investimento em melhores condições hoteleiras para os seus doentes.

O HSJ é constituído por um edifício de 11 pisos, 2 dos quais se localizam no subsolo, e por um conjunto satélite de edifícios. Dentro do edifício principal alberga os serviços de Urgência, Internamento, Laboratórios e Imagiologia, Hoteleiros e a globalidade dos Serviços Administrativos e de Gestão. O HSJ dispõe neste momento de uma lotação oficial de 1124 camas e várias especialidades médicas e cirúrgicas. O HSJ também possui uma variedade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como suporte à prestação de cuidados.

O Serviço de Urgência do HSJ é diferenciado em Pediátrico e de Adultos. No entanto, em algumas das especialidades os serviços são comuns, como é o caso da Estomatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, que efectuam o atendimento urgente num espaço físico externo à área da Urgência.

No dia 1 de Abril de 2011, o Hospital de São João e o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo fundiram-se no Centro Hospitalar de São João, Entidade Pública Empresarial (CHSJ, EPE). Esta união é o resultado da reestruturação do parque hospitalar numa lógica de complementaridade e concentração de recursos que pretende melhorar a prestação de serviços de saúde, garantindo à população melhor acesso, maior diversidade, qualidade e eficiência dos mesmos.

O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar São João do Porto

O principal objectivo do Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar de São João do Porto é proporcionar os cuidados necessários a todos os doentes, que a ele acorram, de acordo com o estado da arte médica, de um modo atempado e adequado e sendo o HSJ um hospital central, universitário e de referência para a maior parte da população a Norte do rio Douro, serve também como centro primário de urgência para uma grande parte da população do Porto e concelhos limítrofes. No seu SU são observados, em média, cerca de 500 doentes por dia.

Este número implica, por si só, um esforço significativo em termos de recursos humanos e materiais de forma a garantir, em cada momento, o melhor atendimento a todos aqueles que a ele acorrem. Torna-se então fundamental, constituindo inclusive um verdadeiro exercício de cidadania, que apenas aqueles utentes com verdadeiras situações urgentes recorram ao SU.

Para o HSJ, situação urgente, é toda a situação clínica em que o atraso no diagnóstico, ou tratamento, pode trazer graves riscos para o doente. São exemplos de situações urgentes: os casos de traumatismos graves, intoxicações agudas, queimaduras, crises cardíacas ou respiratórias. Todas as situações que não se enquadrem nesta definição não devem, por princípio, ser observadas num SU.

Criadas de raiz para o efeito, as instalações do SU, ainda estão a ser concluídas, foram projectadas obedecendo a um grande objectivo que é o da estrutura física se adaptar ao conceito de funcionalidade e organização idealizado. Este novo conceito baseia-se no princípio da separação dos doentes de acordo com a gravidade da sua situação, criando-se locais específicos de atendimento e observação para cada nível de cuidados que é necessário.

O SU do HSJ está assim organizado em diversas áreas funcionais:

- Área de admissão e recepção;
- Área de triagem ;
- Área de atendimento para situações de Urgência do foro Psiquiátrico;
- Área de atendimento “Amarelo”;
- Área de atendimento “Laranja” e OBS;
- Área de pequena cirurgia e ortotraumatologia;
- Área de emergência e doente crítico.

Para além destas áreas funcionais, o espaço físico do SU alberga ainda o Serviço Informativo, um posto da PSP, uma Sala de Acompanhantes e uma Sala da Família.

Áreas Funcionais do SU

- Área de admissão e recepção:

Localizada logo à entrada do SU, é o local onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente. Contiguamente a esta área encontra-se também o local de realização de outros processos administrativos como são as altas, os internamentos, recepção de reclamações, etc. Adjacente a esta zona existe uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de Triagem.

- Área de triagem:

Após a admissão, o doente, acompanhado ou não por familiar de acordo com a sua condição, passará para Área de Triagem onde é feita uma avaliação inicial por enfermeiro(a). Esta avaliação é baseada num protocolo específico e com base científica (Triagem de Manchester) que permite a classificação da situação clínica do doente em termos de prioridade de

atendimento e sempre de acordo com a sua gravidade. O principal objectivo deste protocolo é o de assegurar, de uma objectiva, que o doente mais grave é de imediato identificado à chegada, e atendido num prazo de tempo que não ponha em risco a sua situação clínica. Os níveis de Classificação são os seguintes:

Cor Vermelha - doentes emergentes. Objectivo de atendimento num período de tempo inferior a 3 minutos.

Cor Laranja - doentes urgentes com objectivo de atendimento num período de tempo inferior a 20 minutos.

Cor Amarela - objectivo de atendimento num período de tempo inferior a 90 minutos.

Cor Verde - tempo para atendimento inferior a 150 minutos.

Cor Azul - tempo para atendimento inferior a 360 minutos.

- Área de atendimento para situações de Urgência do foro Psiquiátrico.

Local onde é feito o atendimento urgente, e orientação, de todas as situações do foro Psiquiátrico da área Metropolitana do Porto.

- Área de atendimento “Amarelo”:

Neste espaço são observados os doentes classificados com um nível baixo ou intermédio de prioridade (cor verde, azul e amarelo). Adjacente a esta área existe uma zona de espera para os doentes triados para este sector mas ainda não observados e para aqueles que tendo sido já observados, aguardam algum exame ou observação por um especialista a quem tenha sido solicitada consultadoria.

- Área de atendimento “Laranja” e Unidade de Curta Permanência:

Espaço para atendimento dos doentes triados com cor Laranja. Esta área serve em simultâneo para a vigilância e/ou tratamento de doentes com situações clínicas nas quais se prevê um período de até 12 horas (excepcionalmente 24 horas) para a sua resolução ou decisão quanto a internamento ou alta. Esta área está equipada com equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo. A área de OBS pode receber doentes triados com cor Laranja bem como doentes inicialmente triados com cor Amarela ou observados no sector de Cirurgia e Ortopneumatologia, e que preenchem os requisitos acima especificados.

- Área de pequena cirurgia e ortopneumatologia:

Áreas contíguas onde é prestada assistência a doentes vítimas de traumatismo de pouca gravidade ou que necessitem de procedimento cirúrgico de curta duração.

- Área de emergência e doente crítico:

Na Sala de Emergência faz-se a recepção, avaliação e estabilização inicial de doentes com situações emergentes em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato.

O serviço de urgência é constituído por 5 equipas de Enfermeiros com cerca de 18 elementos cada equipa.

No turno da manhã de segunda-feira a sexta-feira, excepto feriados, estão destacados:

- Um Enfermeiro Chefe e dois Enfermeiros de Referência;
- Dois Enfermeiros na Triagem e um na Urgência de Psiquiatria;
- Quatro Enfermeiros na Área Amarela, dois na Área Laranja e dois na UCP;
- Dois Enfermeiros na Ortopedia e Pequena Cirurgia e três na Sala de Emergência;

No turno da tarde e manhãs de sábado, domingo e feriados e noites deixam de estar presentes a Enfermeira Chefe e as Enfermeiras de Referência, passando o Enfermeiro Coordenador da Equipa a ter a responsabilidade de coordenação.

No turno da noite há redução de 1 Enfermeiro na Triagem e a Urgência de Psiquiatria fica sem enfermeiro permanente, estando um dos enfermeiros da área amarela destacado para dar apoio a essa urgência.

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar São João - Porto

Uma Unidade de Cuidados Intensivos é uma área especializada que contempla equipamento e pessoal especializados, que possibilitem o melhor atendimento possível aos doentes em estado crítico.

No Hospital de São João, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral é incorporada da Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Cuidados Intensivos.

A Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Cuidados Intensivos é uma estrutura autónoma de nível intermédio de gestão constituída pelo Serviço de Urgência e pelos Serviços de Cuidados Intensivos.

Esta estrutura organizativa é gerida por um Conselho Directivo, nomeado pelo Conselho de Administração, que é constituído por um Director, Prof. Doutor José Artur Paiva, e dois Vogais, Dr.^a Ana Paula Amorim e Enfermeiro Supervisor Manuel Silva Rocha. Conta ainda com a assessoria técnica da Dra. Lídia Castro. O secretariado é realizado pela Dr.^a Susana Blanquet.

Composição dos Serviços:

O Serviço de Urgência (SU) tem várias áreas de recepção de doentes urgentes/emergentes os quais são classificados de acordo com a Triagem de Manchester[®]. Dispõe ainda de uma Unidade de Cuidados Intermédios com 20 camas e de Bloco Operatório próprio.

O Serviço de Cuidados Intensivos, agrupa três Unidades de Cuidados Intensivos, num total de 34 camas: a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (12 camas); a Unidade

de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (16 camas) e a Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocríticos (6 camas). O Serviço de Cuidados Intensivos encarrega-se, também, da gestão de internamentos da Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infecciosas (6 camas).

Missão:

A Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Cuidados Intensivos está centrada no doente, gerindo o doente emergente, urgente e crítico. Os seus serviços integram quadros próprios de profissionais capazes de elevada qualidade assistencial e promove a actividade pedagógica articulada com a formação pré e pós-graduada e a investigação.

Como foi referido em cima, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Hospital de São João tem 16 camas. A Unidade é preferencialmente uma unidade aberta, sendo que tem um espaço com 11 camas em forma de "U" em que o rácio é de 1 Enfermeiro para 2 doentes, e outro espaço com 4 camas e com o mesmo rácio. Contempla ainda uma unidade fechada de isolamento em que o rácio é de 1 Enfermeiro para 1 doente.

Sendo uma unidade polivalente pode dizer-se que muitas vezes alberga doentes de diversas áreas de patologia, com diferentes diagnósticos e prognósticos, tendo também doentes de outras especialidades que por falta de vagas na monovalente vão para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral.

O INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

A medicina militar está desde sempre relacionado com o conceito de emergência hospitalar. Aliás, esta medicina foi pioneira em reconhecer que a rapidez e o estabelecimento de prioridades no atendimento aos soldados feridos aumentavam o número de sobreviventes.

Baseando-se nesta experiência, assiste-se gradualmente em alguns países, ao emergir de um novo conceito na área da saúde – a emergência médica – cujo conceito foi rapidamente adoptado pela Medicina Civil.

Em Portugal, a preocupação da existência de um serviço de prestação de primeiros socorros e transporte de feridos já existia e, em 1965 foi finalmente criado. Contudo, a sua existência só cobria a área de Lisboa. Contudo, em 1971, é publicado no Decreto-Lei n.º 511/ 71, de 22 de Novembro, sob a alçada do Ministério do Interior, o Serviço Nacional de Ambulâncias com o objectivo de assegurar uma maior cobertura da assistência pré-hospitalar ao longo do país e de promover uma melhor coordenação entre os vários serviços de socorro existentes (autoridade, Bombeiros Voluntários Portugueses e Cruz Vermelha Portuguesa), aumentando a sua eficiência.

Posteriormente, em 1980, é criado o Gabinete de Emergência Médica, cuja função era a elaboração de um projecto que viesse a desenvolver e coordenar um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Dentro deste conceito, é publicado em Diário da República o Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 Agosto, pelo Ministério dos Assuntos Sociais, a criação do INEM como um instituto público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio. Actualmente é tutelado pelo Ministério da Saúde, tem a sua sede em Lisboa e exerce a sua actividade ao longo de todo o território continental.

Segundo o artigo 3º do Anexo dos Estatutos do Instituto Nacional de Emergência Médica, do Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho, alínea 1) “(...) ao INEM incumbe a definição, organização, coordenação e avaliação das actividades do Sistema Integrado de Emergência Médica (...)”.

INEM

Segundo o INEM (2011), “O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde. A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM. O INEM, através do Número Europeu de Emergência “112”, dispõe de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica.”

De referir que o INEM se divide em 4 delegações a nível Nacional:

- Delegação Regional do Porto;
- Delegação Regional de Coimbra;
- Delegação Regional de Lisboa;
- Delegação Regional de Faro.

SIEM

Ainda de acordo com a mesma fonte O Sistema Integrado de Emergência Médica SIEM trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com um objectivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a PSP, a GNR, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, o INEM e os Hospitais e Centros de Saúde.

O funcionamento deste sistema começa quando alguém liga 112, o Número Europeu de Emergência.

O atendimento das chamadas 112 cabe à PSP, nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a área da saúde, a mesma é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. Sempre que o CODU acciona um meio de emergência procura que o mesmo seja o que está mais perto do local, independentemente da entidade a que pertence (INEM, Bombeiros ou CVP).

Serviços do INEM

CODU

Mantendo a própria instituição como fonte pode-se afirmar que os Centros de Orientação de Doentes Urgentes são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112.

Os pedidos de socorro efectuados através do 112, que digam respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para os CODU. O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. Compete aos CODU atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objectivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O seu funcionamento é assegurado, 24 horas por dia, por equipas de profissionais qualificados (**Médicos e Técnicos**) com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio de meios de socorro. Para o efeito, os CODU dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes. Os CODU coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro (motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros). Os meios são seleccionados de forma criteriosa de acordo com:

- a situação clínica das vítimas;
- a proximidade do local da ocorrência;
- a acessibilidade ao local da ocorrência.

Este serviço assegura o acompanhamento das equipas de socorro no terreno através de informações clínicas recebidas.

É ainda possível seleccionar e preparar a recepção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino.

Outros Serviços da Instituição

Além do CODU, existem outros serviços especializados do INEM como sendo:

CODU-Mar- O Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-Mar) tem por missão prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações. O CODU-Mar é constituído por uma equipa de médicos que garantem apoio 24 horas por dia, com a cooperação das estações Radionavais, estações Costeiras, Centros Navais de Busca e Salvamento e com a Autoridade Marítima Local (Capitanias de Portos).

CIAV - O Centro de Informação Antivenenos (CIAV) é um centro médico de consulta telefónica na área da toxicologia, responsável pela prestação, em tempo útil, das informações necessárias e adequadas a profissionais de saúde ou ao público em geral, visando uma abordagem correta e eficaz a vítimas de intoxicação. O CIAV presta informações toxicológicas sobre todos os produtos existentes, desde medicamentos a produtos de utilização doméstica ou industrial, produtos naturais, plantas ou animais.

Recém-nascidos - É um serviço que presta cuidados a bebés prematuros e recém-nascidos em situação de risco, permitindo o transporte para hospitais onde existam unidades de Neonatologia. É um meio diferente dos restantes, pois não realiza transportes primários (do local da ocorrência para o hospital) mas sim transportes secundários (entre hospitais). As ambulâncias deste subsistema dispõem de um médico especialista, um enfermeiro e um tripulante de ambulância de socorro. Estão dotadas com o equipamento necessário à estabilização e transporte do recém-nascido.

CAPIC - O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) foi criado pelo INEM em 2004 para atender às necessidades psicossociais da população e dos profissionais. É formado por uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe.

CIPSE - Ao Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Exceção (CIPSE) compete o planeamento e coordenação estratégica de operações de emergência médica em cenários de excepção. Este serviço do INEM é ainda responsável pelo planeamento e coordenação de eventos de alto risco que contem com a participação do Instituto bem como por planear e coordenar as equipas do INEM destacadas em missões internacionais. É ainda competência do CIPSE proceder à elaboração de planos de emergência no âmbito da realização de exercícios vários em que o INEM participa, com vista a garantir a prontidão e a eficácia das equipas de emergência.

Alvarás – O INEM tem um serviço de alvarás em que a informação é periodicamente actualizada e visa dar a conhecer as entidades - Empresas Privadas de Transporte de Doentes, Corporações de Bombeiros Voluntários ou Municipais e Cruz Vermelha Portuguesa - que estão isentas de Alvará bem como aquelas que solicitaram ao INEM a vistoria das suas ambulâncias ao abrigo do Regulamento de Transporte de Doentes.

Meios do INEM

O INEM tem ao seu dispor vários tipos de meios, que são destacados mediante avaliação de cada situação e de acordo com as necessidades, especificidades e gravidade das mesmas.

Existem motas, ambulâncias de SBV, ambulâncias SIV, VMER, Helicópteros, UMIPE, e situações de excepção, como sendo as VIC e os Hospitais Campanha.

Motas - A partir de Julho de 2004, as motas de emergência médica passaram a fazer parte dos meios do INEM. A mota de emergência médica é um meio ágil, vocacionado para o trânsito citadino, que permite chegar rapidamente ao local onde se encontra o doente. Este veículo transporta um aparelho de Desfibrilhação Automática Externa, oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar e outros materiais de Suporte Básico de Vida (SBV). Este material permite ao Técnico do INEM adoptar as medidas iniciais necessárias à estabilização da vítima, até que estejam reunidas as condições para um eventual transporte. Em alguns casos, a intervenção deste meio é a única necessária, dispensando a presença de uma ambulância de socorro no local.

Ambulâncias SBV - As ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) têm como objectivo principal a estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte para uma Unidade de Saúde. A sua tripulação é composta por Técnicos de Ambulância de Emergência, permitindo a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida. As ambulâncias SBV estão sedeadas em bases do próprio Instituto e em corpos de bombeiros por todo o país, designados de Postos de Emergência Médica (PEM). Aos postos PEM é cedida uma ambulância SBV e respectivo equipamento pelo INEM e a sua tripulação é assegurada pelo corpo de bombeiros.

Ambulâncias SIV - As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação. A tripulação é composta por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência e visa a melhoria dos cuidados prestados em ambiente pré hospitalar à população. As Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida. Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma Ambulância de Suporte Básico de Vida, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de electrocardiograma e sinais vitais.

VMER - A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. As VMER atuam na dependência directa dos CODU e têm base hospitalar. O seu principal objectivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

Helicópteros - Os helicópteros de emergência médica do INEM são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde (transporte secundário) ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde (transporte primário). Estão equipados com material de Suporte Avançado de Vida, sendo a tripulação composta por um Médico, um Enfermeiro e dois pilotos.

UMIPE - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência é accionada pelo CODU e intervém com as vítimas no local da ocorrência em situações como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros.

Situações de Excepção

VIC - A Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) é utilizada em situações multi-vítimas. No seu interior transporta diverso material de Suporte Avançado de Vida, que permite a montagem de um Posto Médico Avançado (PMA). Este pequeno hospital de campanha está equipado com material igual ao da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e permite o tratamento de 8 vítimas muito graves em simultâneo. Este material é composto por monitores-desfibriladores, ventiladores, monitores de parâmetros vitais, seringas-infusoras, diversos fármacos, entre outros. Para além disso, a VIC está também equipada com uma célula de telecomunicações, que permite criar uma rede de comunicações entre o local do acidente, os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e os hospitais da zona.

Hospital Campanha - O INEM dispõe de hospital de campanha desde 2003. Trata-se de uma estrutura móvel composta por diversas partes que é armazenada num veículo longo (contentor) quando está inativa, de forma a permitir fácil transporte por vias terrestre, marítima ou aérea. É constituído por 17 tendas insufláveis, com uma área de cerca de 2400 m², no qual se inclui além da estrutura hospitalar, a zona de alojamento da equipa e de suporte e a zona de comando da operação.

Esta estrutura encontra-se dotada de equipamento que lhe garante autonomia logística - geradores, purificação de águas, iluminação, unidades de climatização, de pressão positiva, cozinhas de campanha, casas de banho, depósitos de água e combustível, etc.

O hospital de campanha é accionado em situações de catástrofe ou calamidade (de origem natural ou tecnológica), e em caso de ataque terrorista ou acidente multi-vítimas. Ao INEM compete, no âmbito do Ministério da Saúde, coordenar as actividades em situações de

excepção, substituindo as estruturas de saúde que possam ter ficado abaladas ou reforçando-as. O Hospital de Campanha tem a grande vantagem de ser uma estrutura modular que poderá ou não ser montado na totalidade consoante a situação em questão.

Permitirá assim ser utilizado numa variedade de conceitos alternativos como sejam o de módulo de intervenção em ambiente internacional integrando uma resposta de carácter humanitário de cariz bilateral ou multilateral. Pode ainda ser accionado como estrutura de cariz pré-hospitalar alargada utilizada como tampão de segurança, para evacuação em massa de vítimas para zonas distantes, em caso de afectação das vias de comunicação.

O Hospital de Campanha está dotado das seguintes valências:

- Admissão e Triagem;
- Reanimação, dotada de 3 camas com os respectivos ventiladores;
- Ambulatório - destinado a doentes com patologias médicas ligeiras;
- Pequena cirurgia/ Ortopedia - estabilização e tratamento de fracturas, material de sutura para lesões da pele;
- Serviço de Observação (SO) - 8 camas, vigilância do doente e monitorização de parâmetros vitais;
- Bloco Operatório - equipado com todo o material que permite realizar intervenções cirúrgicas;
- Unidade de Cuidados Intensivos - 5 camas, dotado de equipamento que permite monitorização intensiva e invasiva e terapêuticas correspondentes;
- 4 Enfermarias - 10 camas cada;
- Imagiologia - permite realizar exames radiológicos e ecográficos;
- Laboratório - permite realizar exames hematológicos e de bioquímica.

Tem uma capacidade total de 60 camas.

Anexo II

Acção de Formação: Administração de Fármacos por Via Subcutânea e Hipodermoclise:
Uma Solução

- A) Contextualização Teórica do Tema
- B) Marcador de Bolso - Compatibilidade dos Fármacos pela Via Subcutânea

Anexo II

Acção de Formação: Administração de Fármacos por Via Subcutânea e Hipodermoclise:
Uma Solução

A) Contextualização Teórica do Tema



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS POR VIA SUBCUTÂNEA E HIPODERMOCLISE:
UMA SOLUÇÃO**

por Carlos Francisco Pontes Figueira

sob a tutoria de Enfermeiro Hélder Marques

PORTO, Junho de 2011

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO	5
1- VIA SUBCUTÂNEA E HIPODERMOCLISE	7
1.1- Indicações e Contra-indicações da Via Subcutânea e Hipodermoclise	8
1.2- Vantagens e Desvantagens da Via Subcutânea e Hipodermoclise	9
1.3- Locais de Punção Subcutânea	10
1.4 – Fármacos e Solutos para Administração Subcutânea.....	10
2- CONCLUSÃO	15

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Fármacos testados pela via subcutânea. Fontes: Neto, 2008; Ferreira, 2009 13

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio a ser realizado no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar São João do Porto, um dos objectivos de estágio seria a formação em serviço e como tal tive de desenvolver algo nesse sentido.

Após algumas ideias decidi-se transmitir informação de um conteúdo que estivesse relacionado com minha experiência profissional, aos Enfermeiros do serviço onde estou a estagiar.

Trabalhando eu no Serviço de Atendimento Não Programado do Instituto Português do Oncologia do Porto e verificando que no serviço onde decorre o estágio nem sempre são utilizadas determinadas técnicas, que de uma forma ou outra poderiam ser mais confortáveis para determinados grupos de doentes, como doentes oncológicos, paliativos, ou até idosos na sua generalidade, decidi realizar uma pesquisa bibliográfica acerca de vias de administração de medicação alternativas, neste caso a via subcutânea e a hipodermoclise.

Para isso irei apresentar o que é a hipodermoclise, bem como as vantagens, desvantagens, indicações e contra-indicações da utilização da via subcutânea e ainda os fármacos que por ela podem ser administrados.

Por fim, apresentarei as conclusões a que levaram esta pesquisa e como anexo segue um marcador de bolso com as compatibilidades e incompatibilidades que existem entre os fármacos que podem ser administrados por esta via.

A utilização da via subcutânea e hipodermoclise na prática clínica tem vindo a ser cada vez mais vista como uma alternativa viável na administração de medicação, nomeadamente em determinados grupos de doentes. (Neto, 2008)

Contudo, e ainda segundo a mesma autora, esta via é quase exclusivamente utilizada em serviços especializados, designadamente em Serviços de Cuidados Paliativos.

Em Portugal sabe-se que a maioria destes doentes não está a cargo de serviços especializados e com isso, nem sempre recebem cuidados que correspondem às suas necessidades.

Neto (2008, pp. 277) afirma que: “Se bem que os cuidados paliativos sejam uma intervenção interdisciplinar diferenciada e especializada, as acções paliativas básicas, destinadas à promoção do conforto, deverão, de acordo com o Plano Nacional de Cuidados Paliativos, ser oferecidas onde quer que estes doentes se encontrem.”

Com isto, pode dizer-se que estes doentes que recorrerem a um Serviço de Urgência devem ser alvo de cuidados que se centrem na redução do sofrimento e promoção ativa do conforto.

No entanto, os profissionais de saúde destes serviços e de outros que não se dediquem preferencialmente a este tipo de doentes, nem sempre estão despertos para esta técnica, sendo que esta está ainda rodeada de algum desconhecimento.

Segundo um estudo realizado por Takaki et al. (2010), apenas 29% dos enfermeiros de um serviço tinham conhecimento da hipodermoclise.

Com esta pesquisa pretende-se elucidar os diferentes profissionais de saúde para a importância desta técnica, apresentando as suas vantagens e desvantagens, indicações e contra-indicações, bem como apresentar os fármacos que podem ser administrados por via subcutânea ou hipodermoclise.

No sentido de divulgar a técnica, foi realizada esta pesquisa e um marcador de bolso (Anexo), com os fármacos mais utilizados neste contexto e ainda as compatibilidade e incompatibilidades dos mesmos, de modo a que, de uma forma rápida e segura, os enfermeiros possam consultar esse mesmo documento.

1. VIA SUBCUTÂNEA E HIPODERMOCLISE

A hipodermoclise consiste na administração de fluidos e electrólitos em perfusão, por via subcutânea, sendo que o fluido é transferido para a circulação sanguínea, por acção combinada entre a difusão e a perfusão tecidual. (Ferreira et al., 2009)

Todos os doentes terminais devem beneficiar dos princípios gerais da palição – trabalho em equipa, controlo rigoroso dos sintomas, comunicação adequada e apoio à família. O tratamento dos pacientes idosos, em doentes de cuidados paliativos ou fim de vida, deve incluir uma via de administração de fármacos, que seja de fácil utilização, eficácia demonstrada, pouco agressiva e com o mínimo de efeito secundário e que sobretudo dê prioridade ao conforto do paciente. A via oral reúne todas estas características, constituindo a via de administração de eleição. (Ferreira et al., 2009)

A via oral seria a idealmente eleita pelos seguintes motivos:

- Fácil administração;
- Bem tolerada;
- Mais confortável;
- Menor custo;
- Melhor adesão ao tratamento;
- Maior controlo por parte do doente e família. (Galvão, 2005)

Contudo, existem algumas situações em que a via oral se torna inviável, sendo a via subcutânea e a hipodermoclise alternativas e seguras.

A Via subcutânea e hipodermoclise como alternativa à via oral:

- As vias intramuscular e endovenosa são mais invasivas e desconfortáveis para o doente e implicam maior disponibilidade humana e material, com repercussões a nível económico, principalmente a via endovenosa;
- A via rectal pode ser considerada, mas para muitos doentes é desconfortável e pouca medicação está disponível para ser administrada por esta via;
- A via transdérmica é uma via de absorção lenta, usada essencialmente para controlo da dor contínua, mas pouco eficaz em situações agudas;
- A via subcutânea é considerada a via alternativa à via oral, dado que é pouco dolorosa e pode ser utilizada em contextos agudos. (Galvão, 2005)

A utilização da via subcutânea representa assim a possibilidade de recorrer a uma via parentérica, usufruindo dos benefícios inerentes, não tendo as desvantagens associadas às vias intramuscular e endovenosa, como sendo um maior desconforto e dor, menor custo, menor risco de infecção local, entre outros. (Marques et al., 2005; Ferreira et al., 2009)

1.1. Indicações e Contra-indicações da Via Subcutânea e Hipodermoclise

De acordo com a consulta de vários artigos foi feita uma selecção quanto às indicações e contra-indicações bem como às vantagens e desvantagens da utilização da via subcutânea e hipodermoclise. Assim sendo, de acordo com vários autores, (Lima et al. 2007; Pereira et al. 2005; Marques et al. 2005; Ferreira et al., 2009; Pedreira, 2009) fez-se o seguinte levantamento:

- **Indicações para a utilização da via subcutânea e hipodermoclise:**
 - Doentes em fase de agonia;
 - Necessidade de controlo sintomático em cuidados paliativos ou continuados;
 - Comprometimento da via oral, devido a disfagia, odinofagia, lesões da cavidade oral e/ou anorexia;
 - Doentes com resposta terapêutica insatisfatória por via oral;
 - Doentes impossibilitados de ingerir quantidades satisfatórias de líquidos, devido a patologias neurológicas, entre outras;
 - Má absorção gastrointestinal, náuseas, vômitos, entre outros;
 - Prevenção e correcção de desidratação ligeira e moderada, frequentemente associada a estados confusionais, nomeadamente em indivíduos idosos;
 - Debilidade extrema;
 - Doentes com sinais de toxicidade a fármacos;
 - Diminuição do estado de consciência, agitação ou delírio, convulsões, sedação prolongada;
 - Sonolência, hipertermia ou maus acessos venosos;
 - Em todas as situações em que a reposição de líquidos não seja emergente.

- **Contra-indicações para a utilização da via subcutânea e hipodermoclise:**
 - Situações de emergência;
 - Indivíduos com desidratação severa;
 - Com sinais evidentes ou manifestos de choque hipovolémico ou hipotensão grave;
 - Falência cardíaca ou renal severa ou Enfarte Agudo do Miocárdio;
 - Doentes em risco de edema pulmonar;
 - Situações de edema generalizado ou Infecção da pele;
 - Doença alérgica ou outras lesões dérmicas próximas do local da punção;
 - Membros sujeitos a dissecção ganglionar; ou zona sujeita a radioterapia ou zonas da pele não íntegras;
 - Necessidades de administração de volumes superiores a 3 Litros por dia.

1.2. Vantagens e Desvantagens da Via Subcutânea e Hipodermoclise

As vantagens da utilização da via subcutânea e hipodermoclise são tanto a nível de conforto do doente como a nível económico. Contudo, algumas desvantagens também se encontram associadas a esta via. De acordo com Lima, et al. (2007):

As vantagens da utilização da via subcutânea são:

- Baixo custo;
- Menos dor;
- Mais confortável;
- Menos relacionada a sobrecarga de volume e edema pulmonar;
- Inserção mais simples do cateter;
- Mais fácil de se obter novos sítios de inserção;
- Maior promoção da autonomia do doente;
- Mais indicada para os cuidados domiciliários (hidratação pós alta);
- Menor necessidade de observação;
- Menor necessidade de hospitalização;
- Não causa tromboflebite;
- Não tem sido relacionada com septicemia e sepsis;
- Sem risco de formação de coágulos.

As desvantagens da via subcutânea e hipodermoclise são:

- Velocidade de infusão usual de 1 ml por minuto;
- Administração máxima em 24 horas de 3000ml em 2 locais de infusão;
- Limitações na administração de electrólitos;
- Capacidade de absorção limitada em situações de emergência;
- Não recomendada para a administração de suplementos nutricionais e soluções hipertónicas;
- Impossibilidade de administração de determinados fármacos pelas suas características químicas;
- Permite infusão de número limitado de fluidos;
- Edema no local da infusão é comum;
- Possibilidade de reações locais.

Face às vantagens e desvantagens apresentadas pode-se afirmar que a via subcutânea é uma opção segura, que tem poucos riscos para os doentes e em termos técnicos tem um impacto reduzido na qualidade de vida dos mesmos e que pode ser utilizada em vários contextos de cuidados. (Barton, 2004; Neto, 2008)

1.3. Locais de Punção Subcutânea

Quando a opção da equipa é hidratar e a via oral não é viável, a hipodermoclise é a eleita. Para a colocação do cateter subcutâneo temos várias opções anatómicas.

Os locais de punção podem ser:

- Parede abdominal;
- Face anterior do tórax;
- Região escapular;
- Região externa das coxas;
- Região externa dos braços.

Os locais onde não deve ser realizada punção subcutânea são:

- Proeminências ósseas;
- Zonas sujeitas a Radioterapia;
- Pele não íntegra ou cicatricial;
- Membros com linfedema;
- Próximo das articulações;
- Região mamária ou hemitorax onde foi realizada mastectomia;
- Próximo de estomas. (Galvão, 2005)

1.4. Fármacos e Solutos para Administração Subcutânea

No recurso á hipodermoclise, há ainda que cumprir alguns requisitos quanto aos fármacos, doses e quantidade a administrar em determinado período de tempo. Para a hipodermoclise devem-se cumprir os seguintes requisitos:

- Utilizar Cloreto de Sódio a 0,9%;
- Utilizar Dextrose a 4%;
- Utilizar Dextrose a 5% desde que esteja associada a 20cc de Cloreto de Sódio a 20%;
- Não administrar soros hipotónicos;
- Podem ser administrados 1000 a 1500 cc/24h ou até 3000cc, sendo que neste último caso dever-se-á ter dois locais de punção para administração.

De acordo com (Lima et al., 2007), pode afirmar-se que devido à massificação da via endovenosa, em detrimento da via subcutânea, grande parte dos fármacos não são utilizados por esta via, principalmente devido ao facto de não terem sido testados pela via subcutânea antes da sua comercialização. Contudo, há fármacos que já vêm sendo administrados via subcutânea.

A vascularização do tecido subcutâneo é similar ao muscular e permite boa absorção e difusão dos fármacos. Os níveis plasmáticos são semelhantes aos alcançados com administração intramuscular, oral, rectal, sublingual e endovenosa, mas o início de ação é geralmente similar

ao da via oral. Por exemplo, no caso da Morfina, a semi-vida de eliminação da Morfina é semelhante por via endovenosa e via subcutânea. (Ferreira, et al. 2009)

Twycross (2003), afirma que os fármacos a administrar por via subcutânea devem ser de baixas viscosidade e irritação, com boa capacidade de absorção por parte do tecido adiposo e conjuntivo.

Assim sendo, os opioides, os neurolíticos, os antieméticos e a Butilescopolamina, como anticolinérgico, são os medicamentos mais utilizados por esta via. (Neto, 2008)

Ainda segundo a mesma autora não podem ser administrados por esta via o Diazepam e a Clorpromazina. Contudo, segundo outro estudo (INCA, 2009), a Clorpromazina pode ser administrada por via subcutânea. Outra discrepância acontece acerca do Diclofenac. Enquanto que o INCA (2009) defende que não pode ser administrado por via subcutânea, Ferreira (2009) afirma que pode, desde que não seja em perfusão com outros medicamentos. Existem portanto ainda algumas divergências em determinados estudos o que nos indica também que a técnica não é tão explorada quanto devia.

Em baixo pode-se observar o Quadro I, que nos mostra a medicação que já foi testada e que pode ser administrada por via subcutânea e hipodermoclise.

Medicação	Indicação	Dose	Diluinte	Tempo de Infusão e Observações
Atropina	-	1,2 mg/24 horas	-	-
Cetorolaco	Dor Intensa	30 a 90 mg/dia	SF 0,9%	Pode ser nefrotóxico. Administrar isolado. Não misturar com outros medicamentos.
Ciclizina	Náusea e vômito	25 a 50 mg/8/8h (máximo= 150mg/24h)	- Água para injeção (se em infusão contínua) - Bolus: não precisa ser diluída	Não é compatível com SF-0,9%
Clodronato	Hipercalemia	1,500mg	5000 a 1000 ml de SF 0,9%	4 a 6 horas
Clonazepam	Ansiedade, agitação e dor neuropática	0,5 a 8 mg/24 horas	SF 0,9% (ou água para injeção)	É menos solúvel em água que o Midazolam. É irritante. Diluir o máximo possível
Dexametasona	a)Aumento da pressão intracraniana b)Redução de edema peritumoral c)Dispneia d)Náuseas e vômitos e)Estimulante do apetite f)Compressão medular	a) 4 a 16 mg/dia (administrar, de preferência, após 15 horas e em bolus 1 a 2 vezes/dia - 5 a 20 mg/dia (hipertensão intracraniana) b) 4 a 40 mg/dia (infusão contínua) c) 8-24 mg/dia d) 8-20 mg/dia e) 2-6 mg/dia f) 16-32 mg/dia	SF 0,9% ou água para injeção	Geralmente incompatível com a maioria das drogas
Diclofenaco	Dor (principalmente dor óssea)	150 mg/24 h 75 a 150 mg/dia	SF 0,9%	Pode ser irritante. Não administrar em bolus. Diluir o máximo possível. Não misturar com outros medicamentos.
Dipirona	Dor	1 g até 6/6h – volume: 10ml	SF 0,9%	-
Fenobarbital	Confusão	200 mg/dia	Água para injeção	Não pode ser administrada com outros medicamentos
Furosemida	Dispneia devido congestão pulmonar	20 a 40 mg	SF 0,9%	

Administração de Fármacos por Via Subcutânea e Hipodermoclise: Uma Solução

Fentanil	Dor	100 a 1.000 microgramas/dia (raramente 2000 microgramas) Taxa de infusão: 1 ml/h = 5 Microgramas/hora (solução 500 microgramas + 100 ml de diluente) para infusão contínua Dose resgate: 10 microgramas (2ml) a cada 1 hora, se necessário	SF 0,9%	
Granisetrona	Náuseas e vômitos	3 a 9 mg/dia	50 ml SF 0,9%	Infundir em 10 minutos a dose de 3 mg
Haloperidol	Náuseas e vômitos, sedação, alucinação e agitação	Usualmente 2,5 a mg/dia (dose máxima = 30 mg para agitação). Pode ser administrado em bolus 1 vez/dia	Água para injeção	Pode precipitar se administrar com solução fisiológica.
Granisetrona	Náuseas e vômitos	3 a 9 mg/dia	50 ml SF 0,9%	Perfundir em 10 minutos a dose de 3 mg
Haloperidol	Náuseas e vômitos, sedação, alucinação e agitação	Usualmente 2,5 a 10 mg/dia (dose máxima = 30 mg para agitação). Pode ser administrado em bolus 1 vez/dia. A concentração máxima deve ser de 2 mg/ml	Água para injeção	Pode precipitar se administrar com solução fisiológica.
Hioscina, (Buscopan)	Cólicas intestinais Vômitos decorrentes de obstrução intestinal	- 60 a 180 mg/24 horas - 20 a 120 mg/dia - 4 a 40 mg/dia (infusão contínua)	Água para injeção	Até 7 dias Incompatível com ciclizina
Hioscina, hidrobrometo (escopolamina)	a) Reduzir produção de secreção em vias respiratórias b)Cólicas c)Sialorreia Náuseas e vômitos Sedação	- Doses: 0,8 a 2,4 mg/dia ou 3,2 mg/ dia - a) 1,2-2,4 mg/dia - b)0,8-1,2 mg/dia - c)0,2-0,8 mg/ dia	SF 0,9% ou água para injeção	Pode causar mais sedação que o Buscopan, pois cruza barreiras hematoencefálica. Evento adverso: boca seca e confusão.
Cetamina	Dor (principalmente de origem neuropática)	100 a 150 mg/dia (infusão contínua) Aumentar a dose gradativamente (100 mg/dia) até 500 a 700 mg A dose pode ser aumentada até 2,4 g/dia	SF 0,9%	Monitorar frequência respiratória e cardíaca nas primeiras 2 horas após iniciar terapia. Rotação da punção para evitar necrose. Pode administrar com dexametasona 0,5-1 mg para reduzir irritação.
Levomepromazina	Náuseas e vômitos intensos, sedação e agitação	- 5 a 25 mg/24 horas a depender do nível de sedação conseguido (dose máxima = 200 mg para agitação) - 25 a 100 mg	SF 0,9% (ou água para injeção)	Pode ser irritante. Diluir o máximo possível. É comum a ocorrência de reação no local da aplicação.
Metadona	Dor intensa	Deve ser administrada 50% da dose por via oral	SF 0,9%	Após a dose bolus SEMPRE lavar com SF-0,9% (60 ml/h em hipodermoclise). Administração em bolus de pode causar rubor em endureção local. A rotação do local da punção a cada 24 horas pode ser alternativa a irritação.
Metoclopramida	Náuseas e vômitos	30 a 120 mg/24 horas (raramente 180 mg/dia)	Água para injeção	É irritante. Diluir o máximo possível. Monitorar distonia devido probabilidade de efeitos extrapiramidais.

Administração de Fármacos por Via Subcutânea e Hipodermoclise: Uma Solução

Midazolam	a)Agitação e confusão em pacientes terminais. b)Mioclónus multifocal c)Soluções intratáveis d)Sedação	a)10 a 60 mg/24h b)10 a 30 mg/dia c)30 a 60 mg/dia (máximo = 100-120 mg) d)Para sedação: Iniciar infusão contínua de 1 mg/h e aumentar até 4 mg/h 10 a 100 mg/24 horas (comumente prescritos na dose de 10 a 30 mg/dia)	Água para injeção	Pode ser irritante: Diluir o máximo possível. Preferir diluir com SF.
Morfina	Dor; Dispneia.	-Pacientes sem uso prévio: 5 a 10 mg/dia; -A dose de morfina para administração subcutânea é a metade da dose oral; -A dose de 10mg/ml é bem tolerada e pode ser administrada a cada 4 horas associada a dose resgate de 6mg a cada hora, se necessário.	SF 0,9% (ou água para injeção)	
Naproxeno	Dor	550 a 600mg/dia		Precipita facilmente se administrado juntamente com Morfina.
Octreotide	a)Reduzir secreção gastrointestinal, motilidade gástrica e vômitos e diarreia em grandes volumes; b)Obstrução intestinal ou gástrica; c)Diarreia intratrável.	a)300-600 microgramas/dia (dose máxima de 1500 microgramas); b)250-500mcg (Max=750mcg); c)50-500mcg (Max=1500mcg) 50 a 100 mcg de 8/8 horas.	SF 0,9%	Pode ser irritante. Diluir o máximo possível. Preferir diluir com SF. Atentar para compatibilidade com outras drogas.
Ondansetron	Náuseas e vômitos. Causas químicas (ex.: uremia)	8 a 24mg/dia	SF 0,9% ou água para injectáveis.	
Ranitidina	Protector gástrico	50 a 150mg/24h (Máximo =300 mg/24horas)	Água para injectáveis	Não precisa de ser diluído. Compatível com Midazolam, ciclizina e morfina.
Tramadol	Dor	100 a 400mg/ dia 60 a 600 mg/dia	SF 0,9%	

Quadro 1 - Fármacos testados pela via subcutânea. Fontes: Neto, 2008; Ferreira, 2009

2. CONCLUSÃO

A administração de medicação e soluções por via subcutânea e hipodermoclise é de facto uma alternativa eficaz e segura, devendo ser utilizado sempre que não houver possibilidade de medicar por via oral, ou quando existir necessidade de hidratar e administração de grandes volumes de forma intermitente ou contínua, de forma a assegurar o conforto dos doentes.

Contudo, verifica-se que esta via e técnica é uma opção rara, não deixando de ser necessária e eficaz em determinadas situações, pelo que, conjugado com o facto da pouca informação publicada, deveria ser mais divulgada nos cursos de Licenciatura da área da saúde como Enfermagem e Medicina bem como em cursos de Pós-graduação.

Os enfermeiros podem ter um papel activo na divulgação destas soluções para outros profissionais de saúde e se for o caso, alertar os médicos para terem atenção no tipo de prescrição a determinado grupo de doentes, nomeadamente doentes paliativos.

Seria também interessante que houvesse realização de estudos e publicação de resultados acerca da utilização e eficácia desta técnica noutras áreas e contextos médicos, além dos doentes paliativos e em fim de vida.

Além disso, apesar de já ser uma técnica bastante utilizada, pretendo no meu serviço conseguir implementar um projecto que vise, cada vez mais, a administração de fármacos injectáveis por vias alternativas, com ganhos para o doente e para a instituição, através de um protocolo de actuação. Estes projectos não seriam viáveis de elaborar, sem as competências adquiridas ao longo deste Estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barton, A. et al. 2004. *Using Subcutaneous Fluid to Rehydrate Older People: Current Practices and Future Challenges*. QJM, vol. 97, nº11.
- Ferreira, K. et al. 2009. Hipodermoclise e Administração de Medicamentos por Via Subcutânea: Uma Técnica do Passado com Futuro. *Prática Hospitalar*. Ano XI, nº 65, Setembro-Outubro. Brasil.
- Galvão, C. 2005. Utilização da Via Subcutânea no Doente Idoso e Terminal. *Postgraduate Medicine*. The McGraw-Hill, vol.23, nº2.
- Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde do Brasil. 2009. *Terapia Subcutânea no Câncer Avançado – Série Cuidados Paliativos*.
- Lima, P. et al. 2007. Hipodermoclise – Uma Técnica com Futuro. *Revista Nursing*. Edição Portuguesa, nº 223. Lisboa, Julho.
- Marques, C. et al. 2005. Terapêutica Subcutânea em Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, nº 21. Lisboa.
- Neto, I. 2008. Utilização da Via Subcutânea na Prática Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Vol. 15, nº 4. Outubro – Dezembro. Lisboa.
- Pedreira, M. 2009. Hipodermoclise. Conselho Regional de Enfermagem se São Paulo. Fevereiro. Brasil.
- Pereira, A. et al. 2005. Hipodermoclise - Uma Técnica do Passado com Futuro. *Revista Sinais Vitais*, nº 61. Julho. Lisboa. 2005.
- Takaki, I. et al. 2010. Hipodermoclise: O Conhecimento do Enfermeiro em Unidade de Internação. *Conscientiae Saúde*, vol. 9, nº 3. Universidade Nove de Julho. Brasil.
- Twycross, R. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi. 2ª Edição. ISBN 972-796-093-6.

Anexo II

Acção de Formação: Administração de Fármacos por Via Subcutânea e Hipodermoclise:
Uma Solução

B) Marcador de Bolso - Compatibilidade dos Fármacos pela Via Subcutânea

Quadro - Compatibilidade de Medicamentos para Administração por Via Subcutânea

Compatibilidade	Medicamentos																	
	Butilescopolamina	Cetamina	Clorpromazina	Dexametasona	Diclofenac	Fenobarbital	Furosemida	Haloperidol	Insulina	Levomepromazina	Metadona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotido	Ondasetrona	Ranitidina	Tramadol
	Não Testado	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível
Butilescopolamina	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível
Cetamina	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível
Clorpromazina	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível
Dexametasona	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível
Diclofenac	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível
Fenobarbital	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível
Furosemida	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível
Haloperidol	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível
Insulina	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível
Levomepromazina	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível
Metadona	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível
Metoclopramida	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível
Midazolam	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível
Morfina	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível
Octreotido	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível
Ondasetrona	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível
Ranitidina	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível
Tramadol	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Compatível	Compatível	Incompatível	Incompatível

Anexo III

Ação de Formação: Comunicação de Más Notícias

- A) Contextualização Teórica do Tema
- B) Marcador de Bolso – Os Seis Passos para a Comunicação de Más Notícias
- C) Diapositivos da Formação

Anexo III

Acção de Formação: Comunicação de Más Notícias

- A) Contextualização Teórica do Tema



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

por Carlos Francisco Pontes Figueira

sob a tutoria de Enfermeira Isabel Pires

PORTO, Dezembro de 2011

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	3
1. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	5
1.1. Como Comunicar Uma Má Notícia.....	6
1.2. O Processo de Comunicação de Más Notícias	7
2. CONCLUSÃO	11

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio a ser realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar São João do Porto, um dos objectivos de estágio seria a formação em serviço e como tal tive de desenvolver algo nesse sentido. Após algumas ideias decidi-se transmitir informação de um conteúdo que estivesse relacionado com minha experiência profissional, aos enfermeiros do serviço onde estou a estagiar.

Trabalhando eu no Serviço de Atendimento Não Programado do Instituto Português de Oncologia do Porto e verificando que na instituição onde exerço é dada à comunicação e à interação com o doente/família uma enorme importância, devido ao facto de se cuidar de doentes crónicos aos quais é preciso informar acerca da sua situação clínica e que não raras vezes as informações não são com a melhor perspectiva futura, decidi realizar uma pesquisa bibliográfica acerca da Comunicação de Más Notícias. Neste caso, mais direccionada para a família, visto que na unidade de cuidados intensivos, o doente está grande parte do tempo sedado. Para isso, irei apresentar o que é uma má notícia, bem como as informações que podem alterar a perspectiva sobre o futuro e ainda algumas considerações sobre as mesmas. De seguida, abordarei de que forma deverá ser dada uma má notícia e ainda o processo de comunicação de más notícias. Posteriormente será feita uma abordagem ao protocolo de Buckman acerca deste tema. Por fim apresentarei as conclusões a que levaram esta pesquisa e em anexo segue um marcador de bolso, com um resumo e com o essencial do processo de comunicação de más notícias baseado no protocolo de Buckman (Anexo A).

Sendo uma má notícia toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida de uma pessoa e na perspectiva de futuro desta e sendo a comunicação de más notícias uma forma de comunicação humana, poderia dizer-se que a essência da má notícia, pouco dependeria da forma como é comunicada, ou antes, não deixa de ser má, mesmo sendo comunicada de maneiras diferentes. E não deixando a última parte de ser verdade, o que é facto é que a forma e a postura de quem a transmite é importante para que quem a recebe não a sinta como “uma bomba”. (Pereira, 2005)

De acordo com Leal (2003), o sofrimento causado por uma má notícia é de algum modo mitigado se o enfermeiro mostrar consideração pelos sentimentos do doente e família, se tiver tempo, como é desejável, para responder a perguntas e se garantir ao doente/família que serão constantemente apoiados, mesmo quando a cura não for possível. No entanto, ainda de acordo com a mesma autora, os profissionais de saúde destes serviços e de outros que não se dediquem preferencialmente a doentes crónicos ou paliativos, nem sempre estão despertos para estas temáticas, sendo que esta está ainda rodeada de algum desconhecimento, sendo dada nos serviços de cuidados intensivos, entre outros, pouca importância a estas questões do nível social, em detrimento de questões de ordem técnico-prática.

Com esta pesquisa pretende-se elucidar os diferentes profissionais de saúde para a importância desta experiência, apresentando as suas vantagens, bem como, apresentar os

resultados que serão esperados e a minimização da dor, angústia e sofrimento que poderão provocar no doente/família.

No sentido de divulgar os passos da comunicação de más notícias, foi realizada esta pesquisa e ainda um marcador de bolso (Anexo A) com as fases deste processo, bem como as etapas de cada um, de modo a que de uma forma rápida e segura os enfermeiros possam consultar esse mesmo documento. Além disso, foi também preparada uma apresentação deste trabalho (Anexo B).

1. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A Comunicação de Más Notícias está sempre relacionada com situações que alteram radical e negativamente a ideia que o doente faz do seu futuro. Associa-se normalmente a uma situação de perda, definida como a retirada, ou a inexistência de um objeto ou sujeito, importantes na vida de uma pessoa. Os principais protagonistas das más notícias são os prestadores de cuidados, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. (Leal, 2003)

Assim sendo, pode afirmar-se que a comunicação deste tipo de notícia é uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde; ninguém gosta de ser portador de más notícias, pois transmitir uma má notícia é sempre uma tarefa difícil, que exige muita subtilidade. Estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, neste caso ao enfermeiro ou outro profissional de saúde, gerando nos profissionais e sobreviventes, medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação e sofrimento. Estes medos associam-se principalmente: “ao medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades”; “medo de expressar uma reação emocional”; “medo de não saber todas as respostas colocadas pelo doente e familiares e/ou outras pessoas significativas”; “medos pessoais acerca da doença e da morte”, “medo das reações do doente e família”. (Pereira, 2005, p.34)

Estes aspectos conduzem muitas vezes a mecanismos de fuga nos profissionais e devido ao medo de serem agredidos verbalmente, comunicam frequentemente de uma forma menos delicada e menos agradável. (Leal, 2003)

Assim, ainda baseado em Leal (2003) e Pereira (2005) é necessário que os profissionais de saúde apreendam as suas dificuldades e representações, pois, conforme referido os mecanismos de fuga estão relacionados muitas vezes com os seus próprios medos e receios, face às situações consideradas difíceis. Surge então a designada “sensação de espelho”, isto é, a imagem de si próprios, na mesma situação, preferindo afastar o problema para não o viver e deste modo, tornamo-nos incapacitados e vulneráveis às nossas próprias emoções, não conseguindo dar o apoio necessário. A noção de representação social surge como pensamentos, acções e sentimentos que expressam a realidade em que vivem as pessoas, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade. Podemos considerar a representação como um processo de actividade da construção mental da realidade. Neste sentido, as representações influenciam o nosso modo de agir e reagir face às situações. Assim sendo, e neste âmbito, interferem no modo como damos e recebemos uma má notícia, tendo com tal, muita importância na maneira como as pessoas percebem a doença, o seu tratamento e aceitam a situação.

Entre as informações que podem alterar a perspectiva de futuro da pessoa, estão o diagnóstico e prognóstico, a morte, os resultados de exames e análises, bem como, a possibilidade de amputação e/ou invalidez. Contudo, o que é facto, é que a maioria das pessoas quer saber o

que se passa consigo, ou com o seu ente próximo e essa comunicação leva a uma maior confiança entre as partes: Profissional de Saúde/Doente/Família, reforçando a adesão terapêutica e levando a uma maior motivação para a família dar seguimento ao plano de cuidados, permitindo ao doente/família planear o futuro de uma forma mais realista e adequada à sua situação.

1.1. Como Comunicar Uma Má Notícia

Como já foi referido em cima, a transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por parte da maioria dos profissionais de saúde, pela complexidade dos aspectos emotivos que lhe estão associados. Por outro lado, a preparação nesta área também é deficitária, o que acentua muitos dos receios dos profissionais de saúde. (Buckman, 1993)

É importante conhecer alguns aspetos de um possível protocolo para transmitir más notícias e uma vez entendido, é de toda a conveniência avançar para o treino das perícias de comunicação inerentes. Estas competências fazem parte integrante das aptidões de qualquer prestador de cuidados. A grande maioria dos artigos abordam, de forma breve, a problemática da transmissão de más notícias aos doentes oncológicos, mas os aspetos focados aplicam-se a uma imensidade de situações do âmbito da prática dos profissionais de saúde e da família.

Vários estudos confirmam que frequentemente se causa maior dano não dando as informações do que comunicando a má notícia. Existe a crença de que aquilo que as pessoas não sabem poderá não vir a acontecer ou a confirmar-se. Contudo, os doentes são frequentemente os primeiros a aperceber-se que a sua evolução clínica denota que algo não está bem com eles. A ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz o paciente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, assim como a uma insegurança na sua relação com o médico. Dar a informação ao doente, sempre de acordo com as suas necessidades, pode ajudar a diminuir o seu isolamento e medos e a mobilizar os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação. (Pereira, 2005)

O modo como se comunica ao doente o diagnóstico e a terapêutica, mesmo que tecnicamente estes estejam corretos, influencia de uma forma muito importante a maneira como o doente vai reagir a ambos. Tal como em relação a outras áreas clínicas, existe um protocolo (de Buckman) que, quando aplicado, é de grande utilidade na transmissão das más notícias. Este protocolo pode ser utilizado para além do âmbito da doença oncológica. Consta de seis passos e como veremos, só a partir do quarto passo se avança para a partilha de informação, caso o doente assim o deseje. Não se trata, pois, de informar a todo o custo, mas também não se deve pressupor – como frequentemente vemos fazer – que o doente nunca quer saber.

Quando comunicamos uma má notícia devemos dar/permitir ao doente/família:

- Tempo;
- Reações;
- Silêncio;
- Toque;
- Questões.

Esta conjuntura procura que o doente/família possam à medida que vão reflectindo sobre a notícia, ter tempo para a compreender, refletir, meditar e tirar as duvidas que tem acerca da mesma, sentindo que tem sempre apoio e à vontade para o fazer sem qualquer pressão. Para que este preâmbulo se mostre eficiente devemos evitar:

- Pressa;
- Proteção;
- Banalidade;
- Falsa simpatia;
- Eufemismos.

Além destes fatores devemos ter em conta outros não ligados à comunicação direta mas que podendo influenciar positivamente este contacto os devemos aproveitar, como sendo por exemplo o local, que deve ser tranquilo, privado, agradável e que não seja um local propício a interrupções. (Buckman, 1993)

1.2. O Processo de Comunicação de Más Notícias

O processo de comunicação de más notícias engloba um inúmero conjunto de passos que se iniciam desde a preparação da entrevista, estendendo-se durante a mesma e que só terminam após o seu final. Assim sendo, podemos dizer que este processo inclui itens como:

- Preparação prévia;
- Estabelecer contacto inicial mostrando respeito;
- Atenção à comunicação não verbal;
- Dar tempo;
- Ser direto - disponível, aberto, verdadeiro e agradável.
- Averiguar se a família sabe quem é o médico e o propósito da consulta;
- Notícia de esperança para o profissional pode ser má notícia para a família;
- Verificar o que a família já sabe;
- Não tranquilizar de forma superficial com eufemismos.
- Assegurar-se que o doente/família assimilou a informação;
- Mostrar disponibilidade efectiva;
- Rever os nossos próprios sentimentos antes de transmitir uma má notícia - falar com outro doente.

Segundo Buckman (1993), citado por Leal (2003) dar más notícias inclui:

Preparação e escolha do local adequado – Fazer previamente a preparação, para o caso de os exames virem a revelar uma alteração com o diagnóstico não esperado ou com mau prognóstico. As más notícias devem ser dadas pessoalmente e num local privado, tentando que não haja interrupções por terceira pessoa. Se o doente quiser estar acompanhado por familiares, isso poderá ser muito vantajoso, ou então, no caso de já serem familiares os alvos da entrevista estarem dois, pelo menos.

Perceber o que é que o doente já sabe – Pedir ao doente/família que forneça uma explicação para o que lhe está a suceder (sintomas, exames realizados) antes de abordar o assunto. Saber se já alguma informação lhes foi dada no contacto com outros profissionais e procurar não ser repetitivo quando não seja necessário.

Saber o que é que o doente quer saber – Pesquisar até que ponto o doente/família quer ter informações sobre a sua doença, diagnóstico e prognóstico, perceber se habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde. Considerar a possibilidade de os resultados poderem ou não ser positivos.

Dar a notícia – Habitualmente dá-se o chamado “tiro de aviso” – «os resultados não estão como gostávamos» ou «há aspectos menos bons no que aqui estou a ver». Perante esta abertura, deve-se verificar a reação imediata do paciente/família, que claramente dará pistas se pretende ou não avançar com a transmissão mais detalhada da informação. Não há palavras certas para se dizer nestes momentos. De qualquer forma, devemos tanto quanto possível evitar os eufemismos, as frases longas e de interpretação menos clara e o chamado «medicalês». Quando, após a informação, nos apercebemos que o paciente/família não imagina a gravidade da doença, temos uma tarefa difícil a enfrentar: como alterar a sua perspetiva de que está bem, para a de que está gravemente doente? Este tempo, o chamado tempo de transição, pode demorar horas, dias ou semanas e depende de cada doente. O que é fundamental é que o paciente/família entendam que não estão sozinhos nesta fase diferente do percurso da doença e que, mesmo não havendo cura, há intervenções concretas para prevenir o seu sofrimento.

Responder às emoções e às perguntas do doente/família – Após a comunicação da má notícia, as duas reacções mais comuns são o medo e o desgosto, que muitas vezes são traduzidas como raiva contra o próprio profissional de saúde. Esta situação requer que o profissional diferencie bem o conteúdo da mensagem (as más notícias) do portador da mensagem (ele próprio) e deve demonstrar ao doente/família, não agressividade, mas sim apoio e compreensão (sem mostrar pena!), validando a reação emocional como natural naquelas circunstâncias. O choro ou o silêncio devem ser respeitados e não inibidos. Um toque na mão, ou no ombro, demonstra apoio e pode tranquilizar o doente/família. Após um choque inicial, o doente/família precisa de clarificar o significado da informação que lhe foi dada, expondo os seus receios, nomeadamente face a experiências prévias que tenha vivido ou com as quais tenha contactado (história familiar de doença, por exemplo).

Por mais explícitos que sejamos, devemos lembrar-nos que, na altura de receber uma má notícia, ninguém consegue reter toda a informação que lhe é dada. Devemos responder direta e honestamente a todas as perguntas efetuadas, mesmo às mais difíceis. No entanto, não devemos fazer prognósticos sobre a altura da morte, pois isso irá causar ainda maior angústia ao doente/família. Não devemos deixar de abordar esse tópico, se isso for importante para o doente/família (planear o futuro, decisões com menores envolvidos, por exemplo), mas iremos acordar com o doente/família que o faremos em função da evolução clínica – “no próximo mês, na próxima semana voltaremos a falar sobre como acha que está a evoluir”. Para que o paciente/família consiga abarcar grande parte de informação que lhe é prestada, devemos falar de uma forma simples e clara, evitando ao máximo os termos técnicos; rever a situação e verificar se o doente percebeu a informação que lhe foi dada; dar as informações mais importantes no princípio ou no fim da conversa, porque habitualmente o que se diz no decorrer é quase completamente esquecido pelo paciente/família.

Propor plano de acompanhamento e encerrar a entrevista – A forma mais eficaz que temos para o fazer, consiste em fornecer um plano de ação futuro. Conjuntamente com o doente/família, devem procurar-se os principais problemas a resolver (e que não passam apenas pelos sintomas) e adotar um plano consensual, mostrando que há pequenas metas passíveis de ser atingidas e desta forma, concretizar aspetos gratificantes da vida do doente. Deve ser perguntado ao paciente ou aos familiares mais próximos, quem mais precisa de saber da sua doença e se vai precisar de ajuda para o fazer. Devemos encorajar os doentes/família a escreverem as perguntas que querem fazer, para que, numa próxima consulta não as esqueçam. É importante deixar sempre «uma porta aberta» para que o doente/família falem connosco se precisarem e por fim, deixar sempre um próximo contato marcado.

2. CONCLUSÃO

As “más notícias” em saúde incluem situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais, e emocionais que acarretam. Estão associadas, na maior parte das vezes, a uma doença grave ou perda no seio de uma família, vivências únicas que podem ser influenciadas por um conjunto de factores relacionados com a própria doença, com o indivíduo, a família e o contexto sócio/cultural em que vive. (Pereira, 2005)

Seguindo um princípio ético da medicina, a informação sobre a patologia do paciente só deve ser transmitida à família com o consentimento implícito ou explícito deste. No entanto, muitas das vezes são os familiares os primeiros a serem confrontados com as más notícias, e os profissionais, confrontados com o pedido de nada ser dito ao doente – a «conspiração do silêncio». Neste contexto, o profissional encontrar-se-á numa situação difícil, principalmente se sabe que o doente está interessado em saber a gravidade da sua doença. Neste caso, não nos devemos esquecer que o nosso primeiro dever é para com o doente, não sendo, no entanto, conveniente hostilizar os familiares. A maioria das pessoas acabam por ter consciência da situação clínica/gravidade do seu familiar. A família deve partilhar a informação para com o profissional e entre si, bem como também é fundamental fazer conferências familiares para perceber medos, receios, desconstruir falsos conceitos, ideias e destacar/perceber/definir quem é o cuidador principal – (será aquele que os profissionais falaram mais).

Em suma ao comunicarmos uma má notícia é impossível dizer a verdade sem magoar... mas é possível adequar a forma como se diz para não magoar.

Seria também interessante que houvesse realização de estudos e publicação de resultados acerca da utilização e eficácia deste protocolo noutras áreas e contextos médicos além dos doentes paliativos e em fim de vida, que é o contexto em que são realizados a maioria destes estudos. Refiro-me nomeadamente a Unidades de Cuidados Intensivos, onde há investimento e esperança na recuperação dos doente, que contudo, não deixa de ter na família e no doente momentos de fraqueza, dúvida e desespero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buckman R. 1994. *How to Break Bad News – A Guide for Health Care Professionals*. PanBooks. Londres.
- Leal, F. 2003. Transmissão de Más Notícias. Dossier: Cuidados Paliativos. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Lisboa.
- Pereira, M. 2005. Má Notícia em Saúde: Um Olhar Sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. Lisboa.

Anexo III

Ação de Formação: Comunicação de Más Notícias

- B) Marcador de Bolso – Os Seis Passos para a Comunicação de Más Notícias

Os Seis Passos Para a Comunicação de Más Notícias

1. Proporcionar ambiente adequado:

- Preparar o encontro;
- Estruturar a conversa;
- Preparar ambiente físico;
- Criar um ambiente emocionalmente correcto.

4. Partilhar informação:

- Uso de estratégias educacionais básicas:
 - ❖ Adaptação da informação às necessidades;
 - ❖ Avaliar sistematicamente a compreensão do que foi dito;
 - ❖ Clarificar más interpretações.

2. Avaliar o que já sabe:

- Saber o que já foi dito e como foi entendido;
- Identificar emoções vividas;
- Responder com respeito a esses sentimentos.

5. Responder às questões/dúvidas:

- Permitir e responder às emoções;
- Partilhar emoções;
- Silêncio terapêutico;
- Toque.

3. Perceber o que quer saber:

- Direito à verdade;
- A mesma informação é sempre trabalhada de forma diferente;
- Oferecer informação mais do que impor;
- Rever acontecimentos anteriores de relevo.

6. Planear e acompanhar:

- Resumir os assuntos abordados;
- Elaborar Plano de Seguimento;
- Rever planos futuros;
- Fazer "contrato".

Anexo III

Ação de Formação: Comunicação de Más Notícias

C) Diapositivos da Formação

Comunicação de Más Notícias

Carlos Francisco Pontes Figueira
Orientação: Professora Lúcia Rocha

Estágio de Enfermagem Medico-cirurgica:
Módulo de Cuidados Intensivos

Especialidade de Enfermagem Medico-cirurgica
Universidade Católica Portuguesa
Porto, Novembro de 2011

Qualquer informação que pode
alterar drasticamente a
perspectiva sobre o futuro da
pessoa.

O que é uma má notícia?

- Diagnóstico;
- Prognóstico;
- Morte;
- Exames/Análises;
- Invalidez/Amputação.

**Informações que podem alterar a
perspectiva sobre o futuro**

- A maioria das pessoas quer saber;
- As relações profissionais de profissional de saúde / doente / família ficam fortalecidas;

Más Notícias - Considerações

- Reforça a adesão terapêutica;
- Incentiva / motiva a família a dar continuidade ao plano de cuidados...
- Permite aos doentes/familiares planear o futuro.

Más Notícias - Considerações

- A maioria das pessoas acabam por ter consciência da situação clínica/gravidade do seu familiar;
- A família deve partilhar a informação;
- É importante fazer conferências familiares para perceber medos, receios, desconstruir falsos conceitos, ideias e destacar/perceber/definir quem é o cuidador principal – (será aquele que os profissionais falaram mais);
- É impossível dizer a verdade sem magoar...
...mas é possível adequar a forma como se diz para não magoar.

A Má Notícia

Devemos permitir:

- Tempo;
- Reacções;
- Silêncio;
- Toque;
- Questões.

Ao comunicar uma má notícia

Devemos evitar:

- Pressa;
- Protecção;
- Banalidade;
- Falsa simpatia;
- Eufemismos.

Ao comunicar uma má notícia

O local deve ser:

- Privado;
- Sem interrupções;
- Tranquilo;
- Agradável.

Onde comunicar uma má notícia

- Preparação prévia;
- Estabelecer contacto inicial mostrando respeito;
- Atenção à comunicação não verbal;
- Dar tempo;
- Ser directo - disponível, aberto, verdadeiro e agradável.

O processo de comunicação de más notícias

- Averiguar se a família sabe quem é o médico e o propósito da consulta;
- Notícia de esperança para o profissional pode ser má notícia para a família;
- Verificar o que a família já sabe;
- Não tranquilizar de forma superficial com eufemismos.

O processo de comunicação de más notícias

- Assegurar-se que o doente/família assimilou a informação;
- Mostrar disponibilidade efectiva;
- Rever os nossos próprios sentimentos antes de transmitir uma má notícia - falar com outro doente.

O processo de comunicação de más notícias

Comunicação de Más Notícias

1. Proporcionar ambiente adequado;
2. Avaliar o que a família já sabe;
3. Perceber o que quer saber;
4. Partilhar informação;
5. Responder com verdade às questões;
6. Planear e acompanhar.

Protocolo de Bukman, 1993

1. Proporcionar ambiente adequado:

- Preparar o encontro;
- Estruturar a conversa;
- Preparar o ambiente físico;
- Criar um ambiente emocionalmente correcto.

Protocolo de Bukman, 1993

2. Avaliar o que o doente já sabe:

- Saber o que é que já foi dito e como foi entendido;
- Identificar emoções vividas;
- Responder com respeito a esses sentimentos.

Protocolo de Bukman, 1993

3. Perceber o que é que o doente quer saber:

- Direito à verdade / direito a não querer saber;
- A mesma informação é trabalhada sempre de forma diferente pela família;
- Oferecer informação mais do que impor;
- Rever acontecimentos anteriores de relevo para a família;

Protocolo de Bukman, 1993

4. Partilhar Informação:

- Uso de estratégias educacionais básicas:
 - ❖ Adaptação da informação às necessidades do doente;
 - ❖ Avaliar sistematicamente a compreensão do doente;
 - ❖ Clarificar más interpretações.

Protocolo de Bukman, 1993

5. Responder às reacções :

- Permitir e responder às emoções;
- Partilhar emoções;
- Silêncio terapêutico;
- Toque.

Protocolo de Bukman, 1993

6. Planear e acompanhar:

- Resumir os assuntos abordados;
- Elaborar plano de seguimento;
- Rever planos futuros;
- Fazer "contrato".

Protocolo de Bukman, 1993

As más notícias são informações drásticas e desagradáveis para o doente e/ou seus familiares.

Na prática a dificuldade não reside tanto na problemática de "dizer ou não dizer" mas sim, em "onde, quando e como dizer".

Comunicação de más notícias

Dar más notícias provoca habitualmente perturbações no doente e familiares.

Contudo, também provoca desconforto ao profissional, sendo uma das tarefas mais difíceis de desempenhar.

Comunicação de más notícias

Comunique

Fim

Anexo IV

Acção de Formação: Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

- A) Contextualização Teórica do Tema
- B) Planificação da Formação
- C) Panfleto da Formação
- D) Diapositivos da Formação
- E) Ficha de Avaliação
- F) Resultados da Avaliação

Anexo IV

Acção de Formação: Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

A) Contextualização Teórica do Tema



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS EM DOENTES A REALIZAR QUIMIOTERAPIA

por Carlos Francisco Pontes Figueira

e por Vera Maltez

sob a tutoria da Enfermeira Isabel Costa

PORTO, Fevereiro de 2012

“O verdadeiro heroísmo consiste em persistir por mais um momento quando tudo parece perdido.”

(Autor desconhecido)

LISTA DE SIGLAS

CC – Centímetros Cúbicos

CVC – Cateter Venoso Central;

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E TEÓRICO DA QUIMIOTERAPIA	9
1.1. Tipos de Quimioterapia e Vias de Administração	11
1.2. Nadir Pós- Quimioterapia	12
1.3. Efeitos Secundários da Quimioterapia.....	12
2. URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS EM DOENTES A FAZER QUIMIOTERAPIA	17
3. MANIPULAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL TIPO IMPLANTOFIX	33
3.1. Manipulação de um cvc tipo implantofix, com bomba de quimioterapia	33
3.2. Cuidados a ter no caso de extravasamento de quimioterapia	34
4. CONCLUSÃO	37
BIBLIOGRAFIA	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- CVC TIPO IMPLANTOFIX	33
--------------------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1– Avaliação da Cavidade Oral	28
--	----

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no desenvolvimento do Estágio - Módulo III – Assistência Pré-Hospitalar, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, a ser desenvolvido nos diferentes meios da Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) entre 28 de novembro de 2011 e 04 de fevereiro de 2012.

A temática desta formação é “*Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia*”.

A escolha deste tema deveu-se, primeiramente, a um gosto pessoal por esta temática oncológica, pois ambos trabalhamos no Instituto Português de Oncologia do Porto, onde temos conhecimento que no Serviço de Atendimento Não Programado deste instituto, diariamente são atendidos cerca de 50 doentes com queixas relacionados com todo o tipo de tratamentos (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cirurgia).

Em segundo lugar, outro dos motivos para esta escolha foi o facto de verificarmos que no Instituto Português de Oncologia, o número de doentes aumenta muito todos os anos. Estes doentes devido à patologia que possuem necessitam constantemente de cuidados médicos e/ou cirúrgicos urgentes/emergentes. As doenças oncológicas, para além do estigma social que carregam, são doenças que pela sua gravidade e duração, por vezes muito prolongada, debilitam muito os doentes, daí a necessidade destes serem devidamente seguidos e atendidos por quem melhor conhece a sua patologia. De acordo com dados da Direção Geral de Saúde, citada por Regateiro (2004), “... o cancro é a segunda maior causa de morte em Portugal. Mata aproximadamente 22.000 pessoas por ano, sendo a principal causa de morte em idosos com idade superior a 65 anos, apresentando repercussões evidentes a nível individual, familiar e sócio-económico.”

Como terceiro e último motivo para a escolha desta temática está o facto de considerarmos que a assistência a este tipo de doentes deve ser acompanhada, sempre que possível, por uma comunicação próxima com o mesmo e com a própria família, a fim de eliminar muitas dúvidas e medos que frequentemente surgem relacionados às patologias oncológicas. É, também, de extrema importância, a actuação da enfermagem e dos restantes elementos que compõem as equipas multidisciplinares, no atendimento aos doentes oncológicos em situações de urgência/emergência, a fim de diminuir riscos e agravamento de situações graves que podem ser evitados com actuações rápidas, efetivas e adequadas. Como forma de corroborar esta ideia, Regateiro (2004) diz que esta “... realidade implica uma maior preocupação dos profissionais de saúde em manterem-se actualizados técnica e cientificamente nesta área, de forma a melhorar o nível de cuidados prestados, aumentar a autonomia das pessoas e respectivas famílias, e melhorar a sua qualidade de vida.”

No seguimento da escolha da temática em causa, esta formação tem como objectivo geral dotar os formandos de mais conhecimentos sobre a actuação em casos de urgências oncológicas em doentes a fazer quimioterapia.

Esta formação tem como objetivos específicos identificar quais as urgências oncológicas, em doentes a fazer quimioterapia, são mais frequentes; identificar em que fase do tratamento com quimioterapia as urgências oncológicas são mais frequentes; definir qual a melhor abordagem a ter perante as diferentes urgências oncológicas; inferir sobre as vantagens de o Serviço de Atendimento Não Programado do Instituto Português de Oncologia pertencer à rede nacional de urgências.

Este trabalho foi dividido em cinco partes, sendo a primeira a introdução, seguida do enquadramento histórico e teórico; urgências oncológicas; manipulação de cateter venoso central (cvc); conclusão.

De forma global, o trabalho foi elaborado recorrendo ao método descritivo. Optou-se por fazer uma nota introdutória onde é feita uma breve introdução ao tema que irá ser abordado, ao objectivo geral e aos objectivos específicos desta formação, seguindo-se uma abordagem teórica aos conteúdos pretendidos e que serão abordados na formação.

Para a avaliação da metodologia utilizada e da pertinência desta formação, foi elaborada uma ficha de avaliação (Anexo D). Os dados resultantes da aplicação desta ficha serão tratados em Excel e colocados em anexo (Anexo E).

Esta formação foi ser apresentada dia 26 de janeiro na Delegação Regional do Norte do INEM, ao pessoal de todos os meios INEM e terá a duração aproximadamente de 2 horas. Para a divulgação desta formação foi realizado um panfleto (Anexo B), que foi enviado via correio electrónico para todos os meios do INEM.

Para esta apresentação foi construída uma apresentação em PowerPoint (Anexo C). A planificação da acção da acção de formação (Anexo A) foi elaborada de acordo com o tempo disponibilizado pela Delegação para a apresentação.

Para a elaboração deste trabalho foi feita pesquisa bibliográfica e recorreu-se também ao uso de browsers de pesquisa na internet.

1. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E TEÓRICO DA QUIMIOTERAPIA

Desde tempos muito remotos que se utilizam substâncias para o tratamento de doenças, inclusive, doenças oncológicas.

Já no século I, Dioscorides usou a colchicina para o tratamento de tumores em fase inicial.

Em 1865 foi usada a Arsenite de Potássio no tratamento da leucemia.

Em 1885 foi descoberta a solução de Fowler. Esta solução era constituída por arsenito de potássio e um pouco de água de lavanda. Esta última foi adicionada para prevenir que o medicamento fosse tomado acidentalmente. A dose máxima recomendada era de 0,5 ml de Solução de Fowler que conteria 5mg de arsênio. Esta solução foi prescrita para doenças como neuralgia, sífilis, lumbago, epilepsia e desordens dermatológicas. O medicamento podia ser adicionado a um copo de água ou bebido junto do vinho. O uso desta solução foi desaprovado por volta de 1950. Em 1890 deu-se a descoberta da toxina de Coley. Esta toxina é uma mistura constituída por espécies de bactérias mortas e, foi descoberta por William Coley. A solução de Fowler e a toxina de Coley, em conjunto, eram usadas no tratamento de tumores.

Em 1919, foi descoberta, de forma acidental, a mostarda nitrogenada, quando marinheiros em contacto com gás mostarda, desenvolveram depressão medular severa. Durante a Segunda Guerra Mundial, os americanos desenvolveram um programa secreto com gases tóxicos para serem usados como armas durante o conflito. Um desses gases chamava-se mostarda nitrogenada e os técnicos que a manipulavam eram submetidos a controles laboratoriais sistematicamente. Esses exames indicavam queda no número de glóbulos brancos do sangue desses trabalhadores. Daí, surgiu um desafio: se lidar com a mostarda nitrogenada provocava diminuição dos leucócitos; certos tipos de cancro (as leucemias e alguns linfomas) causavam aumento excessivo desses glóbulos; por isso decidiu-se observar a ação dessa substância sobre a doença. Assim feito, constatou-se que muitos doentes com gânglios espalhados pelo corpo apresentavam redução importante das massas tumorais, quando submetidos ao tratamento com mostarda nitrogenada.

Em 1940, apareceram os primeiros resultados satisfatórios, no tratamento do cancro da próstata e mama, com o uso de hormonas (estrogénio).

Em 1947, Subba Roy (bioquímico) e Sidney Farber (patologista), descobriram a atividade antitumoral dos antifolatos. Os antifolatos agem especificamente durante a síntese de RNA e DNA e, portanto, são citotóxicos durante a fase S do ciclo celular. Assim, eles têm um maior efeito tóxico sobre células de divisão rápida (como as células malignas), que replicam o seu DNA mais rapidamente e, portanto, inibem o crescimento e proliferação dessas células. Esta descoberta veio a ajudar a descoberta do metotrexato.

Em 1950, foram descobertas substâncias como o bussulfano, mencaptopurina e a dactinomicina.

Em 1955, o National Cancer Institute criou o Cancer Chemotherapy National Service Center, que descobriu sete fármacos novos: vincristina, vimblastina, citarabina, daunorrubicina, bleomicina, fluorouracilo e cisplatina. Nesta mesma altura, deu-se a descoberta de que o metotrexato cura o coriocarcinoma metastático e que ciclofosfamida cura o linfoma de Burkitt.

Em 1956 é efectuado o primeiro transplante de medula óssea e dá-se, também, a primeira cura por quimioterapia do tumor de Wilms.

No início da década de 60, foram estabelecidos os Princípios de Skipper. Em 1964, foi usado pela primeira vez o protocolo MOPP (Mecloretamina, Oncovin, Procarbazina e Prednisolona) no tratamento da Doença de Hodgking.

Em 1976 foram descobertos os taxanos (Paclitaxel e Docitaxel). Os taxanos (ou agentes antimitóticos) são um grupo de drogas anti-cancerígenas que impedem o crescimento celular, interrompendo a divisão celular. Os taxanos são produzidos pelas plantas do género *Taxus Yew*. Como tal, eles foram inicialmente identificados em fontes naturais, mas alguns deles, mais tarde, foram sintetizados artificialmente. O principal mecanismo dos taxanos é a inibição da função dos microtúbulos. Isto é realizado através da estabilização do difosfato de guanosina ligado a tubulina impedindo o funcionamento normal dos microtúbulos. Os microtúbulos são essenciais para a divisão celular e, portanto, os taxanos param a mitose celular.

Em 1983 foi sintetizado o Irinotecan e o Topotecan (inibidores da topoisomerase. Topoisomerasas são enzimas isomerasas que atuam sobre a topologia do DNA. A inibição das topoisomerasas Tipo I e Tipo II interferem tanto na transcrição quanto na replicação do DNA controlando o superenrolamento do DNA.

Na década de 90, começaram a ser estudadas formulações lipossómicas de agentes citostáticos – sais de platina, citarabina, derivados da acridina, doxorubicina e daunorrubicina. Estas substâncias estão em uso no tratamento do Sarcoma de Kaposi em doentes com Sida.

Atualmente, a quimioterapia continua a consistir na utilização de drogas citostáticas (que inibe o crescimento e a multiplicação celular) em pessoas com doença oncológica.

Os objectivos principais de um tratamento com quimioterapia são a cura e o controlo da doença, a profilaxia do re-aparecimento de doença oncológica a partir de células neoplásicas que possam permanecer no organismo mesmo após tratamentos cirúrgicos e de radioterapia. Outro dos objectivos da quimioterapia é a palição, ou seja, alívio dos sintomas quando já não é possível controlar o avanço da doença.

A quimioterapia actua a nível celular, interrompendo o ciclo celular, modificando a divisão celular quer das células neoplásicas, quer das células normais. A quantidade de células afectadas é proporcional à quantidade de fármacos administrada.

1.1. Tipos de Quimioterapia e Vias de Administração

O tipo de quimioterapia a realizar a cada doente depende do tipo de doença neoplásica, localização da mesma, o estadio, entre outras.

Quimioterapia de Indução: este tipo de quimioterapia é administrada em altas dosagens e tem como objetivo induzir remissão completa, quando se inicia um regime curativo.

Quimioterapia de Consolidação: consiste em repetir o regime de indução nos doentes que atingem remissão completa após a quimioterapia de indução. Esta quimioterapia tem como objetivo aumentar a taxa de cura ou prolongar a remissão.

Quimioterapia de Intensificação: este tipo de quimioterapia tem os mesmos objetivos da quimioterapia de consolidação. As diferenças entre esta quimioterapia e a de consolidação são que nesta se utiliza o mesmo regime que na indução mas em doses maiores ou usa-se mesmo um regime diferente.

Quimioterapia de Manutenção: é utilizada quimioterapia em doses baixas, mas durante um longo período de tempo, em doentes que atingiram remissão completa. Esta quimioterapia tem como objetivo, atrasar o crescimento de células neoplásicas residuais.

Quimioterapia Adjuvante: é utilizada quimioterapia em altas doses, em doentes sem evidência de neoplasia residual, após cirurgia ou radioterapia. Tem como objetivo, destruir um baixo número de células neoplásicas residuais.

Quimioterapia Neoadjuvante ou Primária: é utilizada quimioterapia em altas doses. Esta é administrada no período pré ou peri-operatório e tem como objetivo, diminuir o tamanho do tumor, de forma a possibilitar a cirurgia.

Quimioterapia de 2ª Linha: é utilizada quimioterapia em altas doses, em doentes que não responderam a um regime curativo ou que se encontram em recidiva.

Quimioterapia Paliativa: esta quimioterapia é administrada com o objetivo de controlar sintomas ou prolongar a vida, em doentes em que a cura já não é muito ou nada provável.

Relativamente às vias de administração da quimioterapia, estas são diversas, desde a via oral, tópica, subcutânea e intramuscular, intra-arterial, intracavitária, intraperitoneal, intratecal e intravenosa. Assim sendo:

Via oral: ou ainda **per os**, caracterizada pela ingestão pela boca. Esta via é considerada a mais conveniente para administrar-se um medicamento, devido ao fato de que a deglutição é um ato natural, realizado todos os dias nas refeições. Além disto, não necessita de ajuda de profissionais de saúde para sua concretização.

Via tópica: consiste na aplicação de substâncias ativas diretamente na pele, com efeito local. Com base na formulação destas especialidades os princípios activos penetram na epiderme e causam o efeito desejado.

Via subcutânea: consiste em injetar uma substância nos tecidos adiposos, abaixo da pele. A injeção subcutânea provoca um mínimo traumatismo tecidual e comporta um pequeno risco de atingir vasos sanguíneos de grande calibre e nervos. É absorvida principalmente através dos capilares. Podem ser administradas por via subcutânea soluções aquosas e suspensões não irritantes, com volume entre 0,5 a 2,0 ml de líquido.

Via intramuscular: consiste em injetar a medicação profundamente no tecido muscular, o qual é bastante vascularizado podendo absorver rapidamente. Esta via de administração fornece uma ação sistêmica rápida e absorção de doses relativamente grandes (até 5ml).

Via intra-arterial: consiste em administrar uma droga no interior de uma artéria. É uma via de administração pouco usada, pelas dificuldades técnicas e riscos que tem. A justificação do seu uso tem sido obter altas concentrações locais de fármacos, antes de ocorrer a sua diluição por toda circulação.

Via intracavitária: consiste na administração da droga diretamente dentro de uma cavidade (ex: bexiga).

Via intraperitoneal: consiste na injeção de uma substância no peritoneu. Esta via de administração é mais utilizada quando grandes quantidades de fluidos de reposição de sangue são necessários ou quando a pressão arterial é baixa ou outros problemas impedem a utilização de um vaso sanguíneo adequado para injeção intravenosa.

Via intratecal: consiste em injetar a droga diretamente no líquido céfalo raquidiano.

Via intravenosa: consiste em administrar uma droga diretamente na veia, a fim de obter uma ação imediata do medicamento. A medicação poderá ser administrada em qualquer veia periférica acessível ou em uma veia central.

1.2. Nadir Pós- Quimioterapia

O nadir pós-quimioterapia pode-se definir como o tempo, contabilizado em dias, que passa desde a administração da quimioterapia e a ocorrência do menor valor de contagem hematológica. Há variações individuais no nadir das diferentes drogas citostáticas, no entanto, na grande maioria, possuem um nadir que varia entre o 7º e 14º dias pós-quimioterapia.

O nadir de neutrófilos dá-se por volta do dia +13 pós-quimioterapia. É nesta altura que o doente tem o seu sistema imunitário mais debilitado e, por isso, necessita de maior cuidado e proteção contra possíveis infeções.

1.3. Efeitos Secundários da Quimioterapia

Durante os tratamentos com quimioterapia são vários os efeitos secundários que surgem. Como já foi dito anteriormente, a quimioterapia é a utilização de drogas citostáticas (que inibe o crescimento e a multiplicação celular) em pessoas com doença oncológica.

A quimioterapia actua a nível celular, interrompendo o ciclo celular, modificando a divisão celular quer das células neoplásicas, quer das células normais. Daí, o aparecimento dos efeitos secundários que seguidamente vamos referir.

Os efeitos secundários da quimioterapia, consoante o momento em que ocorrem, podem ser classificados em: **imediatos**, a **curto prazo** ou a **longo prazo**. Assim sendo temos:

Imediatos:

- Dor no local de punção: esta situação é muito frequente nos doentes que fazem quimioterapia em veia periférica, daí a necessidade emergente de colocar um cvc em doentes que se prevê longos períodos de quimioterapia;
- Extravasamento: é um acontecimento raro, porém se acontecer, de imediato têm de ser tomadas medidas que mais à frente neste trabalho iremos abordar. O extravasamento consiste na saída de líquido IV para os tecidos adjacentes, provocado por fatores intrínsecos do vaso ou saída do cateter venoso do local de punção;
- Reações anafiláticas: são situações mais ou menos frequentes. Por este motivo, é preciso grande vigilância, principalmente na primeira administração de cada droga nova. Este tipo de reação consiste numa reação alérgica sistémica, severa e rápida a uma determinada substância, chamada alérgeno.

Curto prazo:

- Náuseas e vômitos: a grande maioria das drogas usadas na quimioterapia têm grande poder emético, por isso estes dois sintomas serem dos mais frequentes e precoces no seu aparecimento;
- Mucosite: é uma reação tóxica inflamatória que ataca o trato gastrointestinal da boca ao ânus, que pode ocorrer por exposição a agentes quimioterápicos ou radiação ionizante (radioterapia). Na cavidade oral esta toxicidade nas células epiteliais, leva à descamação desta. Esta situação provoca dor intensa, ulcerações, dificuldade de alimentação e fala. Em doentes neutropénicos, a mucosite severa também pode levar a uma situação de sépsis e até mesmo de morte;
- Anorexia: neste caso específico de doentes a fazer quimioterapia, significa a perda ou ausência de apetite. A quimioterapia provoca alterações hormonais e no metabolismo dos glícidos e dos hidratos de carbono, para além das alterações da mucosa gástrica e intestinal, que retardam a digestão e provocam alterações do apetite e do paladar.
- Diarreia e obstipação: como já foi referido anteriormente, muitas das drogas citostáticas provocam alterações a nível intestinal. Estas alterações podem ser a obstipação, mas também pode ocorrer o efeito contrário e, o doente ficar com diarreias graves que muitas vezes precisam de intervenção médica e de enfermagem. A diarreia consiste no aumento do número de evacuações e/ou a presença de fezes amolecidas, com consistência pastosa e/ou até mesmo líquidas nas evacuações. A obstipação é caracterizada pela dificuldade constante ou eventual na evacuação das fezes, que se tornam duras e secas.

Longo prazo:

- Anemia, trombocitopenia, leucopenia e neutropenia: a baixa de todos estes valores hematológicos dá-se, normalmente, entre o 7º e 14º dias pós-quimioterapia (nadir pós-quimioterapia);
- Alopécia: consiste na queda gradual e/ou abrupta do cabelo. Esta perda de cabelo é temporária, mal cessem os tratamentos, ou mesmo durante os mesmos, o cabelo começa a crescer;
- Depressão: caracteriza-se pela perda de prazer nas atividades diárias, apatia, alterações cognitivas, psicomotoras, do sono, do apetite, redução do apetite sexual, retraimento social e, por vezes, ideação suicida e prejuízo funcional significativo (ex: faltar muito ao trabalho ou, no caso dos doentes oncológicos, faltar às consultas e tratamentos). A depressão surge pelo diagnóstico em si e por todas as alterações físicas e de vida que este provoca;
- Astenia: este sintoma fica mais exacerbado na altura do nadir pós-quimioterapia, pois é nesta altura que os valores hematológicos (hemoglobina, plaquetas, leucócitos e neutrófilos) do doente se encontram mais baixos, daí estes sentirem-se mais asteniados e sem energia;
- Febre: é a elevação da temperatura do corpo acima dos valores normais para um indivíduo. Esta definição implica determinar aquilo que é a temperatura normal. A temperatura normal varia consoante o ritmo circadiano, as refeições, a temperatura ambiente, o vestuário, a actividade física e os estados emocionais. Daí, não se pode falar numa temperatura normal, mas numa faixa normal e em limites superiores da normalidade. Porém, pode-se considerar como temperatura normal um valor entre os 36 e os 37 °C. Considera-se febre quando há um aumento da temperatura para valores acima dos considerados normais para aquele indivíduo. A febre pode ou não estar relacionada com a aplasia, daí a necessidade de uma avaliação cuidadosa do doente;
- Toxicidade renal e vesical: drogas como por exemplo a ciclofosfamida, são altamente nefrotóxicas, daí ser fundamental a utilização de uroprotetores (ex:mesna) e uma vigilância cuidadosa;
- Cardiotoxicidade: existem muitas substâncias cardiotoxícas (ex:ciclofosfamida), daí a necessidade de o doente estar com monitorização cardíca durante a sua administração;
- Toxicidade pulmonar: substâncias como por exemplo o metotrexato, são substâncias que podem provocar toxicidade a nível pulmonar, por isso devemos estar muito atentos a qualquer sinal como ansiedade, tosse ou dor, a fim de atuarmos precocemente.
- Neurotoxicidade: existem diversas drogas que durante a sua administração podem provocar confusão, desorientação, alucinações. Também a nível periférico podem ocasionar o aparecimento de parestesias, dor na mandíbula, mialgias, etc. Daí, mais uma vez, a necessidade de grande vigilância destes doentes, bem como esclarecer os

Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

mesmos para comunicarem qualquer alteração que notem, por mais insignificante que esta possa parecer.

2. URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS EM DOENTES A FAZER QUIMIOTERAPIA

As urgências oncológicas em doentes a fazer quimioterapia prendem-se principalmente com os efeitos secundários e adversos deste mesmo tratamento, que tal como expusemos anteriormente são a febre, podendo estar associada a neutropenia, trombocitopenia, anemia, bem como anorexia, astenia, náuseas e vômitos, mucosite, diarreia ou obstipação, toxicidade dermatológica, alopecia. A dor está muitas vezes associada a alguns destes efeitos. Iremos também abordar o extravasamento de quimioterapia.

Leucopenia/Neutropenia

Por leucopenia entende-se um decréscimo quantitativo no número total de glóbulos brancos para menos de 4000/mm³. Este decréscimo é, habitualmente, um reflexo da diminuição do número de neutrófilos, que constituem 60 a 70% dos leucócitos. Por essa razão lhe chamaremos preferencialmente neutropenia. Sabendo que a principal função dos neutrófilos é a defesa contra a infeção, compreendemos facilmente que a maior consequência da neutropenia é o aumento do risco de infeção severa ou o agravamento de um processo infeccioso pré-existente. O risco de infeção está diretamente relacionado com o grau e duração da neutropenia e assim, temos um risco de infeção relativamente pequeno quando os neutrófilos estão acima dos 1000/mm³. Quando os neutrófilos caem abaixo desse valor o risco de infeção aumenta bastante, sendo especialmente grave quando estão abaixo dos 500/mm³. Sendo assim, um doente com neutropenia, independentemente do grau desta, é um doente susceptível à infeção. Para além dos riscos que acarreta para a vida do doente, da importância que tem nas alterações que confere ao estilo e qualidade de vida, a neutropenia é importante na medida em que, frequentemente, interfere com os tempos normais dos ciclos de quimioterapia e pode determinar a redução de dose em ciclos subsequentes.

Considera-se neutropenia febril sempre que o doente apresenta febre: Temp. axilar >38,3°C (ou >38°C por mais de 1 hora). O risco da neutropenia é proporcional tanto à gravidade da neutropenia como à duração da neutropenia, devendo ser encarada como uma situação de urgência.

Sinais e sintomas

Porque a resposta inflamatória está diminuída, o primeiro, e muitas vezes único sinal de infeção no doente neutropénico é a febre, que deve ser sempre atribuída a infeção, até prova em contrário. Contudo, outros sinais podem estar presentes como sejam:

- Dor;
- Rubor;
- Edema;
- Fadiga e mal-estar;
- Taquicardia;
- Taquipneia.

Cuidados ao doente Neutropénico

A neutropenia, consoante a sua gravidade, pode cursar sem febre e sem infecção. No entanto, ao menor sinal de infecção o doente deve ser internado e instituído um protocolo de tratamento que será abordado mais adiante.

O restabelecimento do equilíbrio hidroelectrolítico com urgente reposição volémica (soluções cristalóides) e o mais precocemente possível início da antibioterapia deve ser prontamente realizado, devendo também ser dado suporte respiratório. Deve-se providenciar imediatamente isolamento de contacto.

Algumas medidas gerais que integram o cuidado ao doente neutropénico incluem:

- Medidas de protecção como colocação de máscara ou outras medidas de isolamento;
- Manter uma boa higiene corporal dando particular importância à boca e períneo;
- Evitar o contacto com pessoas infectadas;
- Evitar locais públicos com grande aglomerado de pessoas;
- Evitar locais fechados;
- Evitar o contacto com animais;
- Evitar a ingestão de alimentos crus;
- Avaliar sinais vitais regularmente dando especial atenção à temperatura;
- Vigiar locais de punção ou outras técnicas invasivas;
- Hemograma completo;
- Evitar receber imunizações (para além de não haver resposta antigénica pode desenvolver-se infecção);
- Vigiar o aparecimento de sintomas como dor de garganta, congestão nasal, etc. ...;
- Pode recorrer-se ao uso de fatores de crescimento como G-CSF ou GM-CSF;
- Instituição de protocolo de antibioterapia ao menor sinal de febre/infecção.

Antibioterapia na neutropenia

A infecção é a maior causa de morbidade e mortalidade nos doentes oncológicos com compromisso imunológico, cujo risco de infecção é grandemente aumentado pela condição física debilitada e terapêuticas a que são submetidos para o tratamento do cancro. A maioria das infecções nos doentes neutropénicos são devidas aos microorganismos que colonizam o epitélio da pele e mucosas do trato gastrointestinal e respiratório, sendo, por isso, estes os locais mais comuns de infecção. As lesões da mucosa associadas à diminuição das defesas, permitem a rápida progressão da infecção para a corrente sanguínea, provocando sépsis. Os microorganismos habitualmente isolados incluem bactérias gram+ e gram-.

Como exemplo de bactérias gram+ temos:

- *Staphylococcus epidermidis*;
- *Staphylococcus aureus*;
- *Streptococcus faecalis*;

- *Streptococcus mutans*;
- *Streptococcus viridans*.

Como exemplo de bactérias gram- temos:

- *Escherichia coli*;
- *Klebsiella pneumoniae*;
- *Pseudomonas aeruginosa*;
- *Proteus sp.*;
- *Salmonella sp.*

Várias culturas bacteriológicas devem ser obtidas antes de iniciar qualquer regime de antibioterapia. Devem fazer-se hemoculturas, urocultura, coprocultura e culturas de expectoração bem como de qualquer foco supurativo. Deve ainda ser obtido hemograma completo, transaminases séricas, sódio, potássio, creatinina, ureia, bem como RX tórax.

Embora as culturas sejam necessárias para um diagnóstico bacteriano definitivo, a mortalidade associada à infeção, em doentes neutropénicos, obriga à instituição de antibioterapia empírica imediata.

Tipos de Antibioterapia

A combinação mais usada é: Aminoglicosido (gentamicina ou ampicilina) + B-lactâmico antipseudomonas (piperacilina) ou Cefalosporina de terceira geração (ceftazidina ou cefotaxima ou ceftioxime). Esta combinação é a mais usada.

Vantagens:

- Largo espectro;
- Sinergismo contra gram-;
- Actividade contra anaeróbios;
- Produz poucos fenómenos de resistência.

Desvantagens:

- Não tem actividade contra alguns gram+;
- Os aminoglicosidos provocam oto/nefrotoxicidade e hipocaliémia.
- Outra combinação também utilizada é a de dois B-lactâmicos: Cefalosporina de terceira geração (ceftazidina ou cefotaxima ou ceftioxime) + penicilina antipseudomonas (piperacilina).
- Vantagens:
- Larga protecção com baixa toxicidade.
- Desvantagens:
- Podem aumentar o problema da resistência por indução da produção de B-lactamases;
- Possível antagonismo de algumas combinações com certas estirpes bacterianas.

Outra combinação possível é a da vancomicina + Aminoglicosido (gentamicina ou ampicilina) + B-lactâmico (piperacilina). A introdução de Vancomicina dá maior cobertura contra gram+.

Monoterapia:

Antibióticos como o Ceftriaxone, Ceftazidima, Imipenem, Ciprofloxacina, mostram um espectro antibacteriano suficientemente alargado e uma alta actividade bacteriana no soro, para serem potencialmente úteis em monoterapia. Tem sido sugerido que estes fármacos, podem ter efeitos benéficos na preservação da flora anaeróbia intestinal, evitando a colonização por outros microorganismos.

Como lidar com a Neutropenia Febril

Após 3 dias de antibioterapia deve ser feita uma reavaliação do estado do doente. Após este espaço de tempo o microorganismo causador de infecção já foi isolado, a antibioterapia deve ser dirigida ao agente causal, mantendo, no entanto o largo espectro. Todos os antibióticos devem continuar até que as culturas mostrem erradicação do microorganismo, todos os focos de infecção tenham sido curados, ou até que os sinais e sintomas significativos de infecção tenham desaparecido.

Quando nenhum microorganismo é isolado e a febre desaparece ao fim de 3 dias de antibioterapia, deve-se manter o esquema inicial por 5 a 7 dias.

Quando nenhum microorganismo é isolado e a febre persiste após 4 a 7 dias, várias medidas podem ser tomadas:

- Continuar a antibioterapia inicial, a não ser que os resultados da reavaliação sugiram uma alteração. Esta decisão pode ser apropriada se se espera que a neutropenia se resolva nos próximos 5 dias;
- Alterar a antibioterapia inicial. Se se observa evidência de doença progressiva, infiltração pulmonar, alteração na colonização das mucosas, pode ser de considerar incluir a Vancomicina. Se a Vancomicina já fazia parte do esquema inicial, e a reavaliação revela gram- existentes, deve ser considerada uma alteração nos B-lactâmicos;
- Adicionar Anfotericina B.

Indicações para adicionar Anfotericina B ao esquema inicial:

- Febre por 5 a 7 dias sem resposta à antibioterapia de largo espectro inicial;
- Neutropenia há mais de 7 dias com febre;
- Culturas de Candida/Aspergillus;
- Neutropenia em doentes em regime de corticosteróides;
- Sinais de infecção respiratória;
- História de infecção por fungos.

Tem sido sugerido que se pode parar o tratamento após 10 a 14 dias, não havendo evidência clínica de invasão fúngica e com microbiologia e radiologia negativas.

Duração da antibioterapia empírica

A probabilidade de persistência ou recorrência de infecção é significativamente reduzida em doentes cuja contagem de neutrófilos sobe acima de $500/\text{mm}^3$. Doentes que ficam sem febre após 48 a 72 horas de tratamento e cuja contagem de neutrófilos aumenta para $500/\text{mm}^3$ por volta do sétimo dia, podem terminar antibioterapia.

Aqueles que permanecem neutropénicos durante este período, requerem exame clínico para determinar o próximo passo. Alguns autores têm sugerido continuar a antibioterapia até à resolução da neutropenia. Para outros, parece razoável parar a antibioterapia após 7 a 14 dias sem febre, mantendo uma monitorização cuidada e reinstituindo antibioterapia à primeira indicação de febre recorrente, ou outra evidência de infecção bacteriana. Também tem sido sugerido que a antibioterapia poderá parar após 5 dias em doentes com neutropenia persistente e febre mas sem evidência clínica, radiológica ou laboratorial de infecção para além da febre, desde que monitorizado cuidadosamente.

Nos doentes com evidência de lesões das mucosas, profunda neutropenia ($<100/\text{mm}^3$) e sinais vitais instáveis, a antibioterapia deve continuar por todo o período de neutropenia ou até o doente estar clinicamente bem.

Trombocitopenia

É definida como uma diminuição quantitativa do número de plaquetas circulante abaixo de $150000/\text{mm}^3$, observando-se um aumento do tempo de protrombina e do tempo parcial de tromboplastina. Há risco de hemorragia quando a contagem de plaquetas desce abaixo dos $50000/\text{mm}^3$ e o risco agrava-se quando se desce abaixo dos $20000/\text{mm}^3$. Uma situação crítica observa-se quando os valores descem abaixo dos $10000/\text{mm}^3$, devido ao risco de hemorragia do sistema nervoso central, trato gastrointestinal e respiratório, que se pode revelar fatal. À semelhança do que acontece com a neutropenia, também a trombocitopenia pode obrigar ao adiamento do ciclo ou a uma redução da dose.

Processo de coagulação sanguínea

- Lesão vascular – libertação tromboplastina para os tecidos;
- Tromboplastina + factores de coagulação + protombina = trombina
- Trombina + fibrinogénio = fibrina
- Fibrina + plaquetas = coágulos.

Sinais e Sintomas

- Petéquias;
- Equimoses;
- Hematomas;
- Sangramento por orifícios naturais;

- Sangramento por orifícios de punção.

Cuidados ao doente trombocitopénico

- Vigiar sinais e sintomas de hemorragia;
- Evitar traumatismos na pele e mucosas (usar máquina de barbear eléctrica e escova de dentes macia, evitar alimentos duros ou demasiado quentes, manter as fezes moles);
- Evitar injeções intramusculares e técnicas invasivas;
- Suspender terapêutica com efeito anticoagulante e vasodilatador;
- Evitar a automedicação com analgésicos, especialmente com anti-inflamatórios-não-esteróides;
- Transusão de concentrado de plaquetas sempre que os valores o justifiquem ou haja hemorragia.

Anemia

A anemia é uma deficiência na quantidade dos eritrócitos e hemoglobina circulantes, necessárias para atender às necessidades de oxigénio dos tecidos. Manifesta-se por uma baixa na concentração de hemoglobina, no hematócrito ou na contagem de eritrócitos. É definida como um valor de Hemoglobina <13g/dl nos homens e por um valor de Hemoglobina <12g/dl nas mulheres.

O grande tempo de semivida dos eritrócitos (+/- 120 dias) quando comparado com os tempos de semivida das plaquetas (8-12 dias) e dos neutrófilos (6-7 horas), fazem com que uma diminuição na hemoglobina se torne menos aparente que uma diminuição em qualquer das outras linhagens.

Sinais e Sintomas

- Palidez acentuada;
- Dispneia e cansaço fácil;
- Alteração do sono, sonolência e exaustão;
- Agitação e irritabilidade;
- Cefaleias e zumbidos;
- Taquicardia;
- Hipersensibilidade ao frio.

Cuidados ao doente anémico

- Hemograma completo;

- Transusão de concentrado de eritrócitos, como tratamento de eleição quando Hemoglobina <8-9g/dl e Hematócrito < 25-27%;
- Recurso, em algumas situações, à eritropoetina;
- Oxigenoterapia;
- Suplementos nutricionais, vitamínicos, de ferro e ácido fólico;
- Avaliação de sinais vitais com especial atenção para tensão arterial e frequência cardíaca;
- Vigilância de sinais de hemorragia (petéquias, equimoses ou hematomas, sangramento por orifícios naturais ou locais de punção ou de outras técnicas invasivas,...);
- Vigilância de sinais de dificuldade respiratória;
- Elevação da cabeceira da cama;
- Ajudar o doente nas atividades de vida diárias, principalmente nas que requerem mais esforço;
- Programar períodos de repouso ao longo do dia, principalmente antes das visitas e/ou actividades que requeiram maior esforço ou atenção por parte do doente.

Náuseas e vômitos

As náuseas e vômitos são, juntamente com a alopecia, talvez, os efeitos secundários mais associados ao tratamento do cancro por fármacos antineoplásicos.

A incidência das náuseas e vômitos está relacionada principalmente com o potencial emético da droga. No entanto, existem outros factores que também influenciam a sua incidência tais como: dose, via de administração, velocidade de administração e combinação de citostáticos.

Sabe-se que a ciclofosfamida, a cisplatina, a citarabina, a dactinomicina e o 5-FU têm potencial emético proporcional à dose. Administrações em bólus de citarabina e 5-FU e perfusões rápidas de cisplatina são mais eméticas do que aplicações mais lentas.

Os vômitos podem ser induzidos por uma grande quantidade de estímulos. Vamos aqui falar deles como consequência da quimioterapia. O processo da náusea e do vômito pode dividir-se em três fases: náusea, arranque e vômito e pós-vômito. Vamos então abordar cada um deles separadamente.

Náusea

A náusea é uma sensação subjectiva, geralmente referida como “enjoo”. Trata-se de uma sensação desagradável, relacionada com alteração dos padrões de motilidade do aparelho digestivo, que se localiza na orofaringe, epigastro ou é difusa por todo o abdómen.

Acompanha-se de diminuição da secreção gástrica, sialorreia, vasoconstricção e palidez, tonturas, sudorese, taquipneia e taquicardia, tremores, arrepios e hipotensão. Podem, ou não, preceder o vómito. São habitualmente mais prolongadas e de mais difícil controlo que o vómito.

Arranque e vómito

O arranque, movimento rítmico que antecede o vómito, não é mais do que um processo em que os músculos respiratórios atuam como se de uma inspiração profunda se tratasse, sem que contudo haja qualquer entrada de ar. Os músculos envolvidos no processo respiratório – intercostais, diafragma e abdominais – contraem-se em simultâneo de maneira a produzirem diminuições rítmicas de pressão intratorácica, com aumentos consequentes na pressão intra-abdominal. Estas oscilações negativas de pressão intratorácica fazem com que o conteúdo gástrico oscile entre o estômago e o esófago. Por fim, a alteração de pressões entre o abdómen e o tórax leva à expulsão forçada do conteúdo gástrico, duodenal ou do jejuno proximal através da boca e/ou nariz, ou seja, ao vómito. Este ocorre em resposta à contracção súbita e forçada dos músculos respiratórios. Ao contrário do que se possa pensar, o estômago fica extremamente flácido e inactivo.

Pós-vómito

Segue-se uma fase de letargia e astenia, que pode ser acompanhada de tremores dos membros inferiores, sensação de frio, câibras e mialgias.

Tipos de náuseas e vómitos

As náuseas e os vómitos podem ser classificados de acordo com os tempos em que ocorrem, em relação ao tratamento. Temos assim:

- Náuseas e vómitos agudos – ocorrem nas primeiras 24 horas pós-quimioterapia;
- Náuseas e vómitos tardios – ocorrem a partir das 24 horas pós-quimioterapia e podem manter-se durante 5 a 7 dias, tendo um pico ao 3º dia;
- Náuseas e vómitos antecipatórios – ocorrem antes da quimioterapia.

Náuseas e vómitos Agudos

A incidência e severidade das náuseas e vómitos está directamente relacionada com o potencial emético dos fármacos. Os vários factores que os influenciam são:

- A dose do fármaco;
- A via de administração;
- O esquema poliquimioterapêutico usado;
- O ritmo de infusão;
- A hora do dia;
- As características do doente, e dentro destas temos o género (masculino ou feminino, sendo este último mais susceptível), a ansiedade, hábitos alcoólicos (verifica-se uma

menor incidência de náuseas e vômitos em doentes com história de abuso do álcool), a idade jovem e a susceptibilidade ao enjoo de movimento.

Náuseas e vômitos tardios

Podem acontecer apesar de um controlo eficaz dos vômitos agudos. As náuseas persistentes são referidas com maior frequência e parecem ter uma pior resposta ao tratamento. As alterações na alimentação/hidratação são óbvias e importantes, com grande impacto na qualidade de vida do doente, pelo que se recomenda um tratamento antiemético por 3 a 5 dias após quimioterapia.

Náuseas e vômitos antecipados

São definidos como experiências dos sintomas anteriormente referidos, antes da administração da quimioterapia. São o resultado de uma resposta condicionada a experiências anteriores e que envolve o ambiente associado, com cheiros e imagens característicos, pessoas envolvidas e cores associadas, a ansiedade que envolve a punção venosa e a própria viagem para o hospital.

Cuidados ao doente com náuseas e vômitos

A dificuldade no tratamento de náuseas/vômitos prende-se com uma variável difícil de controlar, que são os factores psicológicos a ele ligados e que incluem:

- História individual ligada ao vômito antes de iniciar a quimioterapia;
- Experiências de vômito relacionadas com a quimioterapia;
- Aspectos ligados à preparação psicológica prévia e receptividade ao tratamento.

Estes factores podem condicionar a emese e conseqüentemente a eficácia da terapêutica. Antes do aparecimento dos antagonistas dos receptores 5HT₃, éramos confrontados com uma experiência traumatizante de vômitos incoercíveis, por vezes ininterruptos, extremamente difíceis de controlar e à custa de efeitos secundários importantes. Com o aparecimento deste nova geração de antieméticos, esta situação atenuou-se bastante mas mantém-se no entanto a incapacidade de dominar os factores psicológicos associados.

O tratamento das náuseas e dos vômitos envolve não só a administração de fármacos antieméticos como muitas outras medidas não farmacológicas como sejam, atitudes e comportamentos que rodeiam a actividade alimentação:

- Evitar beber líquidos durante as refeições;
- Proporcionar um ambiente tranquilo em torno das refeições;
- Preferir refeições ligeiras e frequentes, isentas de condimentos, doces, gorduras, etc.;
- Administração rigorosa de terapêutica antiemética;
- Proporcionar um ambiente limpo e arejado, sem imagens ou cheiros sugestivos de vômito;

- Proporcionar bons cuidados de higiene oral;
- Não comer alimentos preferidos em períodos de náuseas ou vômitos intensos;
- Se os odores da comida o incomodam, o doente não a deve cozinhar e deve preferir à temperatura ambiente;
- Controlo rigoroso do balanço hídrico sempre que a intensidade dos vômitos o justifiquem;
- Ionograma sérico e reposição electrolítica, se necessário.

Os profissionais que contactam com estas situações devem ter em conta que cada doente é um caso diferente, embora com os mesmos sintomas e deve adequar os cuidados a cada caso em particular. Outro aspecto a ter em conta é que devemos ter a capacidade de antecipar os receios, dúvidas e necessidades do doente. Devemos ter em conta que um doente mais bem informado tem uma maior capacidade para colaborar na prevenção e tratamento das náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia.

Alguns dos antineoplásicos com maior potencial emético são a Cisplatina, Dacarbazina, Estreptozocina ou Mecloretamina que apresentam um potencial emético superior a 90%.

Mucosite/estomatite

O epitélio de revestimento das mucosas oral e gastrointestinal é formado por células de rápida divisão, sensíveis à acção dos citostáticos. Estes atrofiam o epitélio, destroem a camada basal da mucosa e inibem a reposição celular, ocasionando ulcerações que se manifestam geralmente dois a dez dias após a administração de quimioterapia.

Por mucosite entende-se a inflamação generalizada das membranas mucosas. Envolve alterações da mucosa em toda a extensão do tracto digestivo, atingindo a cavidade oral, esófago, estômago e intestino, provocando alterações e sintomas característicos de inflamação e eventualmente infecção de cada região referida.

Vamos aqui falar da mucosite que envolve a cavidade oral, estendendo-se à língua e lábios e que é mais comumente designada por estomatite. Este é um efeito secundário extremamente importante, observado na grande maioria dos doentes submetidos a quimioterapia, atingindo maior gravidade quando se associa radioterapia nas neoplasias da cabeça e pescoço.

Como já sabemos, os agentes antineoplásicos são particularmente nocivos para as células que apresentam elevada taxa de replicação, com tempos de renovação rápidos, da ordem de apenas alguns dias. Deste modo, e sabendo que as células que revestem as mucosas têm tempos médios de vida de 7-15 dias, depressa compreenderemos que, inevitavelmente, estas serão lesadas, exactamente como o são as da medula óssea, particularmente as da série branca.

As alterações das células da mucosa acompanham a par e passo o curso da mielodepressão e sua recuperação. Estas alterações variam com os fármacos e as combinações utilizadas, pois

nem todos provocam o mesmo grau de mucosite. Elas podem ir da simples hiperémia acompanhada de ardor e dor, que surge mais ou menos 3 dias após o início da quimioterapia até situações mais graves como ulceração e erosão, mais ou menos 7 dias após quimioterapia, que se pode manter por tempo variável, podendo acompanhar-se frequentemente de sangramento e, em casos mais graves, podendo mesmo evoluir para infecção e necrose. Se vemos a mucosa como uma barreira de defesa contra a invasão por microrganismos, com consequente infecção, é fácil concluir que, uma vez alterada a sua integridade, abrem-se inúmeras portas de entrada aos múltiplos microrganismos que compõe a flora habitual do trato digestivo, podendo levar a infecções bacterianas, virais e fúngicas mais ou menos graves.

Já não falando deste grave problema que é a infecção num doente mielodeprimido, a dor que acompanha todo este processo pode alterar gravemente o equilíbrio hídrico e nutricional de um doente já debilitado pela própria doença. Mastigar e engolir torna-se por vezes insuportável e os doentes comparam muitas vezes um gole de água a “uma boca cheia de vidros”. Quando mais é necessário um reforço na ingestão hídrica e proteico-calórica, para fazer face aos processos de regeneração que se impõe, mais ela é comprometida, comprometendo consequentemente a recuperação do doente. Para evitar tudo isto, é necessário uma boa prevenção que passa por uma avaliação prévia do estado da boca e dentes, fazendo as correções necessárias antes do início da quimioterapia. Em associação, o doente deve manter uma boa higiene oral e pode iniciar bochechos profiláticos mesmo antes do aparecimento da mucosite. Na nossa experiência usamos soluções que combinam bicarbonato de sódio, nistatina e lidocaína gel (500ml de Bicarbonato de Sódio a 1,4% + 2 frascos de Nistatina-Mycostatin suspensão oral + 1 frasco de Lidocaína – Colutório), cuja acção calmante e desinfetante pode ser útil desde o primeiro dia de tratamento. As soluções alcalinas de bicarbonato de sódio modificam o pH da cavidade oral, tornando-a menos propícia ao aparecimento de bactérias e fungos e além disso, ajudam no descobrimento de lesões, fluidificação da saliva e diminuição do odor. No caso de existirem próteses dentárias, elas não devem ser usados para não ferirem a mucosa fragilizada. Por tudo isto é fundamental a observação diária da cavidade oral principalmente dos doentes submetidos a quimioterapia com protocolos com citostáticos mais estomatotóxicos. A mucosite pode ser classificada como leve, moderada ou severa.

Cuidados ao doente com estomatite

O tratamento passa pelo controlo da dor e prevenção da infeção, no sentido de permitir uma manutenção da alimentação. Sendo assim o doente deve:

- Manter uma boa higiene oral;
- Evitar a exposição da mucosa oral a irritantes químicos (álcool, especiarias e condimentos exagerados, desinfetante com álcool...) e físicos (alimentos duros, bebidas ou comidas muito quentes, escova de dentes dura...);
- Manter um dieta hipercalórica, hiperproteica e hipervitaminada;

- Aumentar a ingestão de líquidos;
- Estar atento a sinais de infecção;
- Bochechar com solução de bicarbonato de sódio + nistatina antes e depois da refeição.

Para atenuar as dores associadas à mastigação, pode juntar-se a esta solução um pouco de lidocaína gel (30ml), que pode ser também aplicada directamente na cavidade oral, antes das refeições ou sempre que seja necessário;

- A aplicação de sucralfato pode ser útil pela sua acção calmante sobre as mucosas;
- Pode ainda ser necessário recorrer à administração oral ou sistémica de analgésicos, consoante a intensidade da dor;
- Em casos graves pode ser necessário interromper a alimentação oral, pelo grande risco de infecção, e recorrer à alimentação parentérica total.

Avaliação da cavidade oral

Local	Grau de disfunção			
	1	2	3	4
Mucosa Oral	Lisa, íntegra, húmida e rosada	Pálida, com áreas avermelhadas e levemente seca	Avermelhada com ulcerações, inflamada, edemaciada e seca	Muito vermelha e brilhante, com pústulas e ulcerações e edemaciada
Lábios	Lisos, húmidos e íntegros	Secos, com áreas avermelhadas e ligeiramente enrugados	Secos e enrugados, edemaciados e inflamados na linha de demarcação	Muito secos, rachados, inflamados com ulcerações e vesículas
Língua	Lisa, rosada, sem fissuras, íntegra e húmida	Seca, com áreas avermelhadas	Avermelhada, principalmente na ponta, seca, edemaciada e com fissuras	Muito edemaciada e muito seca, com fissuras profundas, películas e com vesículas
Saliva	Fluída em quantidade adequada	Aumento de quantidade	Saliva escassa	Espessa e viscosa
Dentes	Brilhantes	Ligeiramente opacos com leves membranas	Opacos com membranas em cerca de metade do esmalte dentário	Muito opacos e cobertos com membrana
Voz	Sem alterações	Mais baixa	Áspera e dissonante	Dificuldade em articular as palavras
Deglutição	Sem alterações	Desconfortável	Com dificuldade	Quase impossível

Quadro 1– Avaliação da Cavidade Oral

Grau de disfunção oral (de 7 a 24):

- Leve 7-12;
- Moderada 13-18;
- Severa 19-24

Anorexia

A anorexia predispõe o doente oncológico a infecções, tornando-o também mais susceptível à progressão da doença, já que torna o tratamento menos eficaz. Alterações hormonais e no metabolismo dos glícidos e dos hidratos de carbono, para além das alterações da mucosa gástrica e intestinal, retardam a digestão e provocam alterações do apetite. Estas alterações podem ser desencadeadas tanto pela própria doença como pela própria acção dos citostáticos.

Os citostáticos mais relacionados com as alterações do paladar são: cisplatina, ciclofosfamida, dacarbazina, mecloretamina, 5-FU e metotrexato.

Sugestões para Diminuir a Anorexia :

Perda de apetite

- Providenciar os alimentos preferidos, principalmente os de maior teor calórico e proteico;
- Evitar alimentos fritos e gordurosos;
- Se possível evitar cozinhar;
- Comer em pequenas quantidades;
- Realizar exercícios físicos antes das refeições.

Alteração do paladar

- Enxaguar a boca antes das refeições;
- Evitar alimentos desagradáveis ao paladar;
- Alimentos ácidos e condimentos podem realçar o sabor;
- Chupar rebuçados ácidos.

Boca seca

- Ingerir líquidos durante o dia e evitar bebidas alcoólicas;
- Sugerir gelatinas e sumos de frutas;
- Evitar alimentos condimentados;
- Preferir frutas com maior quantidade de água (melancia, laranja).

Indigestão

- Ingerir pequenas quantidades em intervalos frequentes;

Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

- Evitar fritos e leite e derivados;
- Evitar deitar-se logo após as refeições;
- Usar anti-ácidos antes das refeições.

Distensão abdominal

- Ingerir os alimentos devagar;
- Evitar fritos e gorduras;
- Evitar bebidas gaseificadas, leite e alimentos tais como: couves, bróculos e feijão.

Cansaço

- Oferecer alimentos de fácil deglutição;
- Planear períodos de repouso antes das refeições;
- Planear um pequeno-almoço mais nutritivo.

Diarreia

As alterações do trânsito intestinal, podem estar relacionadas, no doente com cancro, com ansiedade, modificação do regime alimentar, terapêutica, infeções tumores digestivos, cirurgia intestinal, radioterapia e quimioterapia. As mucosas forram o trato alimentar desde a boca até ao ânus e, deste modo, os efeitos tóxicos não se confinam apenas à cavidade oral.

A diarreia, como consequência da quimioterapia é um sintoma de mucosite do trato gastrointestinal baixo. Uma lesão na membrana do trato alimentar vai permitir invasão por microorganismos e levar à infecção sistémica. Sendo assim, a toxicidade no trato digestivo pode ser fatal se não for diagnosticada e tratada a tempo. A diarreia é definida como um aumento anormal no volume fecal. Estes sintomas são acompanhados pela urgência, incontinência e cólicas abdominais. A excreção de muco, fluido e sangue em quantidades variáveis é provocada pela alteração da integridade da mucosa, com ou sem infecção.

A diarreia severa ou persistente requer intervenção imediata para minimizar ou eliminar potenciais alterações electrolíticas, desidratação, deterioração do estado nutricional com fadiga e debilidade, perda de peso e também dores abdominais e irritação perianal. A maior parte dos episódios agudos de diarreia resolvem-se dentro de uma semana ou menos de tratamento de suporte, se a quimioterapia for interrompida e não for identificada outra causa. Os episódios que persistem para além deste tempo devem ser avaliados.

Os citostáticos mais relacionados com a ocorrência de diarreia são os antimetabólitos e os antibióticos anti-tumorais, dos quais destacamos a citarabina, a dactinomicina, o 5-FU e o metrotexato.

Cuidados ao doente com diarreia

- Equilíbrio hidroelectrolítico;

- Antidiarreicos (loperamida) e antiespasmódicos (butilescopolamina);
- Eventualmente antibioterapia;
- Administração de sucralfato, que é uma barreira protectora contra enzimas, bactérias e ácidos (o aumento da concentração de ácidos biliares, como resultado da má absorção, é controlado pela ligação ao sucralfato, reduzindo a sua actividade na mucosa);
- No caso de diarreias refractárias pode ser necessário recorrer ao uso de octreótido (Sandostatina);
- Dieta rica em calorias e proteínas e pobre em resíduos;
- Evitar alimentos que possam irritar ou estimular o peristaltismo (fritos, fibras, alimentos muito temperados, gorduras, frutas frescas e vegetais);
- Evitar alimentos muito sólidos;
- Bebidas a evitar: cafeína, chocolate, derivados do leite, álcool, sumos cítricos e gaseificados;
- Preferir refeições mais pequenas e frequentes;
- Hidratação igual a 3 litros por dia.

Obstipação

É a dificuldade na passagem de fezes secas e duras. Passagem irregular de fezes muito sólidas, habitualmente associada com dor abdominal e rectal. É uma situação frequente como efeito secundário da administração de alcalóides da vinca, entre outros. Pode ainda ser o resultado de uma mobilidade diminuída, de idade avançada, do uso de diuréticos anticolinérgicos, analgésicos opiáceos e antidepressivos, do abuso de laxantes, de uma dieta pobre em fibras, e alterações metabólicas tais como hipercalcémia e hipocalcémia.

Sinais e sintomas

- Tensão abdominal;
- Sensação de evacuação incompleta;
- Cólicas abdominais;
- Desconforto abdominal;
- Sensação de enfartamento;
- Náuseas e vômitos.

Cuidados ao doente com obstipação

- Dieta rica em fibras;
- Reforço hídrico;
- Actividade física;
- Líquidos quentes (estimulam o peristaltismo);

- Emolientes das fezes;
- Laxantes;
- Enemas de limpeza;
- Extração digital de fealomas.

Toxicidade dermatológica

Ocasionalmente a quimioterapia pode provocar toxicidade dermatológica local e/ou sistémica. Assim, importa definir toxicidade dermatológica local como aquela que ocorre nos tecidos adjacentes à área de administração de citostáticos. Está incluído flebite, dor, urticária, eritema e necrose tecidual secundária ao extravasamento. Iremos abordar adiante.

Por outro lado, a toxicidade dermatológica sistémica inclui alterações tais como: alopecia, fotossensibilidade, hiperpigmentação e alterações nas unhas.

A fotossensibilidade caracteriza-se por uma sensibilidade cutânea exacerbada, principalmente nos primeiros dias pós-quimioterapia, e que sujeita o doente a queimaduras solares graves após uma pequena exposição. Os principais citostáticos envolvidos são: bleomicina, daunorrubicina, doxorrubicina, 5-FU, metotrexato e vimblastina.

No que se refere a alterações das unhas, as principais drogas causadoras de queda, hiperpigmentação e faixas lineares são: bleomicina, ciclofosfamida, doxorrubicina e 5-FU.

A alopecia é um fenómeno que acontece porque as células e os tecidos responsáveis pela diferenciação e crescimento do cabelo têm o metabolismo acelerado. As drogas quimioterápicas que actuam nas fases de síntese de ADN e mitose do ciclo celular não diferenciam as células em replicação normais das malignas, provocando assim alopecia parcial ou completa. Embora com menor frequência, pode também ocorrer a queda parcial ou total dos pêlos corporais (sobrancelhas, cílios, pêlos axilares e púbicos). É a completa, ou quase completa, perda de cabelo. É um dos efeitos secundários que mais preocupam o doente, acarretando problemas de ordem psicológica, pois provoca alteração importante da imagem corporal e alteração da interacção social. A queda de cabelo que acompanha a quimioterapia é reversível. Muitas vezes o cabelo começa a nascer ainda durante o tratamento e não é anormal recomeçar a crescer 2 a 3 meses após o fim da quimioterapia. O crescimento do cabelo ainda durante o tratamento pode ser explicado pelo facto de uma certa percentagem das células estarem em repouso na altura de actuação do fármaco. Soluções como a touca hipotérmica têm sido contestadas pelos riscos teóricos que o doente sofre, por não haver uma perfusão total e completa do fármaco por todas as regiões corporais, com uma destruição incompleta de possíveis células neoplásicas na região do couro cabeludo. Uma vez que não se pode evitar, deve-se logo de início, se possível antes do tratamento, procurar-se juntos dos profissionais competentes, o apoio e orientação necessários para adquirir perucas ou turbantes e para auxiliar na escolha do mais adequado.

3. MANIPULAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL TIPO IMPLANTOFIX

O cvc é um dispositivo que é utilizado universalmente em diferentes situações. Este tipo de acesso venoso é colocado através de veias de grande calibre como as jugulares ou subclávias, indo a sua terminação a dar à aurícula direita.

Este tipo de cateteres têm várias funções, como por exemplo, permitem a avaliação de diversos parâmetros vitais como a pressão venosa central, permitem a administração de fármacos em grandes volumes e durante grandes períodos de tempo. Permitem, também, administração de alimentação parentérica, colheitas de espécimens frequentes, entre outros.

Um cvc tipo Implantofix, é um cateter central implantado cirurgicamente com anestesia geral, sob a pele.



Figura 1- CVC TIPO IMPLANTOFIX

As vantagens dos cvc tipo implantofix em relação aos restantes cvc's são:

- Permitem maior mobilidade e conforto para o doente e não interferem com as atividades diárias deste;
- Diminui o traumatismo de sucessivas punções venosas periféricas;
- Reduz a possibilidade de lesão de tecidos subjacentes por extravasamento de fármacos;
- Permite que o doente realize tratamento em ambulatório;
- Necessita de cuidados mínimos de manipulação;
- Reduz o risco de infeções locais e sistémicas.

3.1. Manipulação de um cvc tipo implantofix, com bomba de quimioterapia

Em situações que nos deparemos com doentes a fazer quimioterapia por bomba infusora no domicílio, a primeira coisa a fazer é verificar se a bomba se encontra bem adaptada e que não há extravasamento de quimioterapia.

No caso de verificarmos que o conteúdo da bomba já terminou, temos duas opções: no caso de o doente estar em boas condições físicas para ir ao hospital ou centro de saúde retirar a

bomba, este deve ser encaminhado de imediato para lá a fim de a retirar e evitar que o cateter obstrua.

Numa situação de emergência, em que o doente não se encontre em condições de ir de imediato a um hospital ou centro de saúde, o enfermeiro ou médico que o assistirem deve eles próprios, se devidamente equipados, realizar o procedimento. Este procedimento é simples, porém só deve ser realizado se quem o for manipular estiver munido de luvas especiais para manipulação de citostáticos, máscara de proteção facial e bata ou avental. A bomba retirada deve ser colocada num saco e colocado num lixo próprio (*Grupo III - Resíduos hospitalares de risco biológico - resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano*).

Procedimento para retirar bomba de Quimioterapia

Material:

- Luvas de quimioterapia;
- Máscara de proteção facial;
- Bata ou avental;
- Compressas esterilizadas;
- Seringa de 10cc;
- Ampola de 10cc de soro fisiológico a 0,9%;
- Álcool a 70%;
- Saco plástico.

Procedimento:

- Lavar e desinfetar as mãos;
- Colocar máscara de proteção facial;
- Colocar bata ou avental;
- Abrir pacote de compressas esterilizadas e colocar álcool a 70%;
- Aspirar o soro fisiológico para a seringa;
- Calçar as luvas de quimioterapia;
- Desadaptar a bomba da extremidade da agulha (esta tem sempre um capuchão de pressão positiva para evitar o refluxo) que está a puncionar o cvc e colocá-lo no saco plástico, que mais tarde irá para o contentor do grupo III do lixo hospitalar;
- Instilar os 10 cc de soro fisiológico no cvc, que desta forma fica pronto para a administração de outros fármacos.

3.2. Cuidados a ter no caso de extravasamento de quimioterapia

De acordo com a definição encontrada no livro *“O CANCRO E A QUALIDADE DE VIDA”* (2005), extravasamento *“(...) define-se como a saída de líquido IV para os tecidos adjacentes, motivado por fatores intrínsecos do vaso ou saída do cateter venoso do local de punção.”*

Sinais e sintomas de extravasamento:

- Dor;

- Picada;
- Eritema;
- Edema;
- Palidez ou endurecimento da pele;
- Pele fria /quente;
- Diminuição do fluxo de infusão;
- Sensação de queimadura ou prurido.

Os sinais e sintomas que aparecem no local do extravasamento, dependem da natureza e concentração do fármaco, tempo de exposição e local.

Os citostáticos podem ser classificados em três grupos, de acordo com a sua capacidade agressiva para os tecidos. Assim sendo temos:

- Substâncias vesicantes: capazes de provocar ulceração e/ou necrose local quando há extravasamento;
- Substâncias irritantes: causadoras de dor ou irritação local;
- Substâncias não agressivas: geralmente não causam problemas quando extravasam.

TRATAMENTO DO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERAPIA POR BOMBA INFUSORA EM AMBULATÓRIO

No caso de se detetar extravasamento de quimioterapia, devemos:

- Parar de imediato a administração do agente citostático sem retirar a via de perfusão e guardar a dose restante em local apropriado para infundir, se possível, mais tarde;
- Aspirar quando possível, sangue e parte do conteúdo extravasado (5 – 10cc);
- Se possível, injectar 5 – 10cc de soro fisiológico na área infiltrada para diluir o citostático;
- Limpar a área extravasada com solução de iodopovidona;
- Elevar a zona atingida a fim de diminuir o edema;
- Evitar a fotoexposição da zona afectada.
- Aplicar frio ou calor de acordo com a substância extravasada.

Nota: Também se pode aplicar frio ou calor, mas para tal tem de se saber qual a substância que extravasou.

O calor aplica-se no caso de extravasamento de alcalóides de vinca (vimblastina, vincristina, vindesina e vinorelbina), epipodofilotoxinas (etoposídeo e teniposido) e paclitaxel. Este calor aplicado deve ser um calor seco e pode ser aplicado utilizando sacos de água quente, sem pressionar.

O frio aplica-se em todas as outras substâncias. O frio lentifica a difusão dos fármacos através dos tecidos, prevenindo a sua entrada nas células, interrompendo o processo de destruição celular. O frio parece diminuir bastante a extensão da lesão. O frio pode ser aplicado usando um saco de gelo ou compressas geladas, sem pressionar.

Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

Em meio hospitalar há também sempre a hipótese de administrar antídotos específicos de cada substância extravasada.

4. CONCLUSÃO

Neste trabalho pudemos concluir que os cuidados aos doentes oncológicos são realizados de uma forma não muito diferenciada, sendo estes abordados no pré-hospitalar como doentes como outros quaisquer. Nesse sentido sentimos que foi importante a apresentação deste tema, nomeadamente os doentes oncológicos em quimioterapia, pois são estes que por norma apresentam maior necessidade de diferenciação nos cuidados aplicados por vários factores, sejam eles metabólicos, emocionais, físicos, entre outros.

Conclui-se neste trabalho que os cuidados de enfermagem nestes doentes no pré-hospitalar serão a prevenção da infecção, a hidratação parentérica, a administração de fármacos anti-eméticos, antipiréticos e analgésicos, mediante as queixas do doente, a oxigenoterapia e a tranquilização destes doentes que por norma apresentam uma componente elevada de ansiedade em situações de urgência.

No Instituto Português de Oncologia do Porto o número de doentes aumenta exponencialmente todos os anos, bem como noutras instituições o número de doentes ao qual é diagnosticado cancro também tem aumentado. Estes doentes devido à patologia que possuem necessitam constantemente de cuidados médicos e/ou cirúrgicos urgentes/emergentes. As doenças oncológicas, para além do estigma social que carregam, são doenças que pela sua gravidade e duração, por vezes muito prolongada, debilitam muito os doentes, daí a necessidade destes serem devidamente seguidos e atendidos por quem melhor conhece a sua patologia. No entanto, isto nem sempre acontece assim.

As intercorrências/problemas mais frequentes que levam estes doentes a recorrer ao Serviço de Atendimento Não Programado do Instituto Português de Oncologia, aos serviços de urgência dos hospitais ou a chamar ajuda ao domicílio (INEM), estão relacionados como os tratamentos de quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgias a que estes doentes são submetidos. No entanto, situações que nada tenham a ver com a doença oncológica em tratamento (ex: quedas, doença súbita como por exemplo dor torácica sugestiva de enfarte agudo do miocárdio entre outras) são tratadas nos hospitais de área de residências ou hospitais centrais.

O pronto e rápido atendimento/encaminhamento deste tipo de doentes nem sempre é uma tarefa pacífica. A maioria dos doentes oncológicos que recorre de urgência a outras instituições de saúde que não o Instituto Português de Oncologia, é sempre que possível encaminhada rapidamente para lá. Isto acontece, como é fácil entender, pelo facto de nessas instituições estes doentes não terem o seu historial da doença oncológica, o que torna, assim, a actuação dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) bastante mais complicada. Sem o historial destes, os profissionais de saúde fora do Instituto Português de Oncologia que os atendem, têm de se cingir aos dados fornecidos pelos próprios doentes ou familiares, o que nem sempre é o mais aconselhável pois pode haver algum deturpamento da informação real. Como os tratamentos realizados pelos doentes oncológicos são tão agressivos e tão específicos, nem todos se sentem à vontade para tratar estes doentes, pois existe um grande risco de se estar a

fazer algo desaconselhado mediante o tratamento a que este doente está a ser submetido (quimioterapia e/ou radioterapia).

Este atendimento e encaminhamento de doentes oncológicos torna-se ainda mais complicado quando o doente, por impossibilidade de recorrer directamente às instituições de saúde competentes, chama o INEM ao domicílio. Todos os doentes que recorrem ao INEM para os socorrer, não podem ser levados directamente para o Instituto Português de Oncologia, pois esta instituição, de acordo com Despacho n.º 5414/2008. Diário da República 42 SÉRIE II de 28 de fevereiro de 2008, não faz parte da rede nacional de urgências. Desta forma, torna-se impossível o transporte de doentes oncológicos pelo INEM para o Instituto Português de Oncologia – Porto.

O que acontece na maioria das vezes é que o INEM transporta estes doentes para os hospitais da área de residência dos mesmos ou para instituições próximas ao Instituto Português de Oncologia. Esses hospitais a única coisa que fazem é pedir nova ambulância para, após contacto prévio com o Médico Chefe de Equipa do Instituto Português de Oncologia, transferirem esses mesmos doentes para a instituição contactada previamente. Aqui, colocam-se várias questões: será esta actuação a mais indicada para ajudar estes doentes?; Será que esta perda de tempo e de dinheiro é realmente necessária e inevitável?. A resposta a estas duas questões é claramente “NÃO”, pois existem outras soluções mais viáveis a dar a este tipo de situações.

A solução é única para estas duas questões: o Instituto Português de Oncologia deveria fazer parte da rede nacional de urgências pois, como já foi referido anteriormente, os doentes oncológicos necessitam constantemente de cuidados médicos e/ou cirúrgicos urgentes/emergentes. Desta forma poupar-se-ia tempo precioso no atendimento precoce a estes doentes, bem como tempo que os diferentes meios (INEM, Bombeiros...) perdem no transporte destes doentes. A poupança em termos económicos também seria grande, pois evitar-se-ia o uso duplicado de meios e profissionais. Mas, acima de tudo, poderíamos reduzir o sofrimento destes doentes, na medida em que reduziríamos deslocações e burocracias inúteis.

No que respeita à actuação no pré-hospitalar, acrescentando o facto de muitos doentes em quimioterapia terem um cateter venoso central totalmente implantado e esses mesmos doentes terem por vezes acessos venosos periféricos de difícil punção, seria interessante, tal como foi sugerido na apresentação do trabalho que estes profissionais tivessem formação acerca da manipulação deste tipo de acesso. Aliás, a implementação de um kit com o material necessário para este tipo de técnica, ocuparia um espaço reduzido tanto nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida como nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, pelo que pelo que nos foi dado a entender pelos profissionais que as frequentam seria interessante a presença deste material nestes meios.

Assim sendo sugere-se que seja realizado um estudo acerca da importância e dos ganhos/perdas em saúde acerca da inclusão do Serviço de Atendimento Não Programado do

Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

Instituto Português de Oncologia - Porto na Rede Nacional de Urgências, mediante elaboração de protocolos específicos para a triagem destes doentes para este serviço, bem como a introdução de um kit de punção de cateter venoso central totalmente implantado nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida e nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, com a respectiva formação adequada para a sua manipulação aos enfermeiros destes meios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arosa, F. et al. 2007. Fundamentos de Imunologia. 1ª Edição. Lidel. Lisboa.
- Costa, C. et al. 2005. O Cancro e a Qualidade de Vida – A Quimioterapia e Outros Fármacos no Combate ao Cancro. 1ª Edição. Depósito Legal 219650/04. Novartis. Lisboa.
- Longo, D. et al. 2008. *Principles of Internal Medicine*. Vol. 1 – 2. 18ª Edição. McGraw Hill - Medical. Estados Unidos da América.
- Manuila, L. et al. 2000. Dicionário Médico. Climepsi Editores. Lisboa.
- Regateiro, F. et al. 2004. Enfermagem Oncológica. Formasau – Formação e Saúde Lda. Coimbra.
- Ribeiro, A. et al. 2000. Enfermagem em Oncologia. 3ª Edição. Lusociênica – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.
- Robbins e Cortan. 2005. Patologia. Bases Patológicas das Doenças. 7ª Edição. Saunders – Elsevier. Rio de Janeiro.

Anexo IV

Acção de Formação: Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

B) Planificação da Formação



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde



Planificação da Acção de Formação

Porto, janeiro de 2012

Tema:

Urgências Oncológicas em Doentes a fazer Quimioterapia

Enquadramento:

O presente trabalho surge no desenvolvimento do Estágio - Módulo III – Assistência Pré-Hospitalar, integrado no Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, a ser desenvolvido nos diferentes meios do INEM – Delegação Regional Norte entre 28 de novembro de 2011 e 04 de fevereiro de 2012.

Justificação do tema:

A escolha deste tema deveu-se, primeiramente, com um gosto pessoal por esta temática oncológica, pois ambos trabalhamos no Instituto Português de Oncologia do Porto e, também, porque um de nós já trabalhou e outro ainda trabalha no Serviço de Atendimento Não Programado (SANP) deste instituto, onde diariamente são atendidos cerca de 50 doentes com queixas relacionados com todo o tipo de tratamentos (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cirurgia).

Em segundo lugar, outro dos motivos para esta escolha foi o facto de verificarmos que no IPO o número de doentes aumenta exponencialmente todos os anos. Estes doentes devido à patologia que possuem necessitam constantemente de cuidados médicos e/ou cirúrgicos urgentes/emergentes. As doenças oncológicas, para além do estigma social que carregam, são doenças que pela sua gravidade e duração, por vezes muito prolongada, debilitam muito os doentes, daí a necessidade destes serem devidamente seguidos e atendidos por quem melhor conhece a sua patologia. De acordo com dados da Direção Geral de Saúde (DGS), citada por Regateiro, *“... o cancro é a segunda maior causa de morte em Portugal. Mata aproximadamente 22.000 pessoas por ano, sendo a principal causa de morte em idosos com idade superior a 65 anos, apresentando repercursões e evidentes a nível individual, familiar e sócio-económico.”*

Como terceiro e último motivo para a escolha desta temática foi o facto de considerarmos que a assistência a este tipo de doentes deve ser acompanhada, sempre que possível, por uma comunicação próxima com o mesmo e com a própria família, a fim de eliminar muitas dúvidas e medos que frequentemente surgem relacionados às patologias oncológicas. É, também, de extrema importância, a actuação da enfermagem e dos restantes elementos que compõem as

equipas multidisciplinares, no atendimento aos doentes oncológicos em situações de urgência/emergência, a fim de diminuir riscos e agravamento de situações graves que podem ser evitados com actuações rápidas, efetivas e adequadas. Como forma de corroborar esta ideia, Regateiro diz que esta “... realidade implica uma maior preocupação dos profissionais de saúde em manterem-se actualizados técnica e cientificamente nesta área, de forma a melhorar o nível de cuidados prestados, aumentar a autonomia das pessoas e respectivas famílias, e melhorar a sua qualidade de vida.”

Dados de Identificação				
Local: Delegação Regional do Norte do INEM			Destinatários: Todos os profissionais do INEM	
Tema: Urgências Oncológicas em Doentes a fazer Quimioterapia			Formadores: Francisco Figueira e Vera Maltez	
Duração: 2h		Data: 26/01/2012	Orientadoras: Prof. Amélia Ferreira e Prof. Lúcia Rocha	
Objectivos Gerais: Dotar os formandos de mais conhecimentos sobre a actuação em casos de urgências oncológicas em doentes a fazer quimioterapia.				
Objectivos Específicos:	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar quais as urgências oncológicas mais frequentes, em doentes a fazer quimioterapia; - Identificar em que fase do tratamento com quimioterapia as urgências oncológicas são mais frequentes; - Definir qual a melhor abordagem a ter perante as diferentes urgências oncológicas; - Inferir sobre as vantagens de o SANP do IPO pertencer à rede nacional de urgências. 			
Desenvolvimento:				
Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos	Avaliação	Duração
- Introdução;	- Expositivo;	- Computador;	- Avaliação e interpretação das perguntas e respostas dos formandos;	- 10 min
- Enquadramento Histórico;	- Demonstrativo / prático;	- Apresentação PowerPoint;		- 10 min
- Enquadramento Teórico;	- Interrogativo.	- Filme "Manipulação de Implantofix";	- Aplicação de uma ficha de avaliação dos conteúdos abordados.	- 25 min
- Urgências oncológicas em doentes a fazer quimioterapia;		- Demonstração prática da manipulação de um Implantofix.		-40 min
- Manipulação de CVC tipo Implantofix;				- 20 min
- Conclusão.				-15 min

Anexo IV

Acção de Formação: Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

C) Panfleto da Formação



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde



**URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS EM DOENTES
A FAZER
QUIMIOTERAPIA**



DATA: 26 DE JANEIRO DE 2012

HORA: 10H

LOCAL: DELEGAÇÃO REGIONAL DO PORTO DO INEM

**APRESENTAÇÃO DE TRABALHO REALIZADO PELOS ALUNOS ESTAGIÁRIOS DO
4ºCURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Anexo IV

Acção de Formação: Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

D) Diapositivos da Formação


CATÓLICA
 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, PORTO
 Instituto de Ciências da Saúde


INEM

TRABALHO REALIZADO POR:
 - Francisco Figueira
 - Vera Mathez

ALUNOS DO 4º CURSO DE PÓS-
 LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
 COM ESPECIALIZAÇÃO EM
 ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

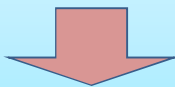
Porto, 26 de janeiro de 2012

**URGÊNCIAS
 ONCOLÓGICAS EM
 DOENTES A FAZER
 QUIMIOTERAPIA**



JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA

1. Gosto pessoal por esta temática oncológica, pois ambos trabalhamos no IPO- Porto;
2. Aumento exponencial do número de doentes oncológicos, anualmente.




"... esta realidade implica uma maior preocupação dos profissionais de saúde em manterem-se actualizados técnica e cientificamente nesta área, de forma a melhorar o nível de cuidados prestados, aumentar a autonomia das pessoas e respectivas famílias, e melhorar a sua qualidade de vida."

In Enfermagem Oncológica

OBJECTIVOS

No final da sessão pretende-se que os formandos se sintam mais aptos a:



- > Identificar quais as urgências oncológicas, em doentes a fazer quimioterapia, mais frequentes e em que fase do tratamento com quimioterapia são mais frequentes;
- > Definir qual a melhor abordagem a ter perante as diferentes urgências oncológicas;
- > Inferir sobre as vantagens de o SANP do IPO pertencer à rede nacional de urgências.

**QUIMIOTERAPIA:
ENQUADRAMENTO HISTÓRICO**

Século I: Dioscórides usou a colchicina para o tratamento de tumores em fase inicial;

1865: usada a Arsenite de Potássio no tratamento da leucemia;

1885: descoberta a solução de Fowler;

1890: descoberta a toxina de Coley;

1919: descoberta a mostarda nitrogenada;

Usadas em conjunto no tratamento do cancro

**QUIMIOTERAPIA:
ENQUADRAMENTO HISTÓRICO**

1940: tratamento do cancro da próstata e mama, com o uso de hormonas;

1947: descoberta da atividade antitumoral dos antifolatos;

1950: descoberto o bussulfano, mercaptopurina e a dactinomicina;

1955:

- descoberta a vincristina, vimblastina, citarabina, daunorrubicina, bleomicina, fluorouracilo e cisplatina;
- descoberto que o MTX cura o coriocarcinoma metastático
- descoberto que a ciclofosfamida cura o linfoma de Burkitt

**QUIMIOTERAPIA:
ENQUADRAMENTO HISTÓRICO**

1956: efectuado o primeiro transplante de medula óssea e a primeira cura por quimioterapia do tumor de Wilms;

Início da década de 60: estabelecidos os Princípios de Skipper;

1964: usado o protocolo MOPP no tratamento da Doença de Hodgking;

1976: descobertos os taxanos;

1983: sintetizado o Irinotecan e o Topotecan (inibidores da topoisomerase I);

Década de 90: estudadas formulações lipossómicas de agentes citostáticos.

QUIMIOTERAPIA: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Quimioterapia

utilização de drogas citostáticas (que inibe o crescimento e a multiplicação celular) em pessoas com doença oncológica.



Objectivos

- Cura e o controlo da doença;
- Profilaxia do re-aparecimento de doença oncológica;
- Palição.

TIPOS DE QUIMIOTERAPIA

QT de Indução

Objectivo induzir remissão completa, quando se inicia um regime curativo

QT de Consolidação

Objectivo aumentar a taxa de cura ou prolongar a remissão

QT de Intensificação

Objectivo aumentar a taxa de cura ou prolongar a remissão

TIPOS DE QUIMIOTERAPIA

QT de Manutenção

Objectivo é atrasar o crescimento de células neoplásicas residuais

QT Adjuvante (após cirurgia ou radioterapia)

Objectivo é destruir um baixo número de células neoplásicas residuais

QT Neoadjuvante ou Primária (pré ou peri – cirurgia)

Objectivo é diminuir o tamanho do tumor, de forma a possibilitar a cirurgia.

TIPOS DE QUIMIOTERAPIA

QT de 2ªLinha

Objectivo é ser administrada em doentes que não responderam a um regime curativo ou que se encontram em recidiva

QT Paliativa

Objectivo é controlar sintomas ou prolongar a vida, em doentes em que a cura já não é muito ou nada provável

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DA QUIMIOTERAPIA

- Via oral
- Via tópica
- Via sub-cutânea
- Via intramuscular
- Via intra-arterial
- Via intracavitária
- Via intraperitoneal
- Via intratecal
- Via intravenosa



QUIMIOTERAPIA: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nadir Pós - QT

Tempo, contabilizado em dias, que passa desde a administração da quimioterapia e a ocorrência do menor valor de contagem hematológica (7º e 14º dias pós-QT)

EFEITOS SECUNDÁRIOS DA QUIMIOTERAPIA

IMEDIATOS

- ✦ Dor no local de punção
- ✦ Extravasamento
- ✦ Reações anafiláticas



CURTO PRAZO

- ✦ Náuseas e vômitos
- ✦ Mucosite
- ✦ Anorexia
- ✦ Diarreia
- ✦ Obstipação



EFEITOS SECUNDÁRIOS DA QUIMIOTERAPIA

LONGO PRAZO

- ✦ Depressão
- ✦ Alopecia
- ✦ Astenia



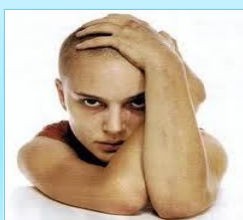
- ✦ Febre
- ✦ Anemia
- ✦ Trombocitopenia
- ✦ Leucopenia
- ✦ Neutropenia



- ✦ Toxicidade renal e vesical
- ✦ Toxicidade pulmonar
- ✦ Neurotoxicidade
- ✦ Cardiotoxicidade



URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS EM DOENTES A FAZER QUIMIOTERAPIA



URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS EM DOENTES A FAZER QUIMIOTERAPIA

- Neutropenia / Leucopenia (à qual se associa a Febre);
- Trombocitopenia;
- Anemia;
- Anorexia;
- Astenia;
- Náuseas e vômitos;
- Diarreia ou Obstipação;
- Mucosite;
- Alopecia;
- Toxicidade Dermatológica.

LEUCOPENIA/NEUTROPENIA

■ **Leucopenia:** Decréscimo quantitativo no número total de glóbulos brancos para menos de 4000/mm³



Neutrófilos constituem 60 a 70% dos leucócitos



Neutropenia

NEUTROPENIA

Principal Função dos Neutrófilos



Defesa Contra Infecção

NEUTROPENIA

Diminuição do Número de Neutrófilos



Aumento do risco de infecção severa ou o agravamento de um processo infeccioso pré-existente.

NEUTROPENIA

Risco de infecção diretamente relacionado com o grau e duração da neutropenia



■ **Risco de infecção relativamente pequeno:** neutrófilos estão acima dos 1000/mm³;

■ **Risco de infecção alto:** neutrófilos abaixo dos 500/mm³.



Doente com neutropenia é doente susceptível à infecção.

NEUTROPENIA

Sinais e Sintomas:

- Febre
- Dor
- Rubor
- Edema
- Fadiga e mal estar
- Taquicardia
- Taquipneia



A neutropenia, consoante a sua gravidade, pode cursar sem febre, sem infecção.

NEUTROPENIA

Cuidados ao Doente Neutropénico:

- Restabelecimento do equilíbrio hidroelectrolítico;
- Antibioterapia precoce;
- Suporte respiratório;
- Isolamento de contacto.

NEUTROPENIA

Medidas gerais que integram o cuidado ao doente neutropénico:

- Colocar máscara ou outras medidas de isolamento;
- Manter boa higiene corporal;
- Evitar o contacto com pessoas infectadas;
- Evitar locais públicos com grande aglomerado de pessoas;
- Evitar locais fechados;
- Evitar o contacto com animais;
- Evitar a ingestão de alimentos crus;

NEUTROPENIA

Medidas gerais que integram o cuidado ao doente neutropénico:

- Avaliar sinais vitais regularmente, dando especial atenção à temperatura;
- Vigiar locais de punção ou outras técnicas invasivas;
- Hemograma completo;
- Evitar receber imunizações;
- Vigiar o aparecimento de sintomas (ex:dor de garganta, congestão nasal...)
- Usar factores de crescimento;
- Instituir antibioterapia.

TROMBOCITOPENIA

■ Diminuição do número de plaquetas abaixo de 150000/mm³



Plaquetas abaixo dos 50000/mm³ ➤ risco de hemorragia

Plaquetas abaixo dos 10000/mm³ ➤ risco de hemorragia do SNC... MORTE

TROMBOCITOPENIA

Sinais e Sintomas:

- Petéquias
- Equimoses
- Hematomas
- Sangramento por orifícios naturais
- Sangramento por orifícios de punção

TROMBOCITOPENIA

Cuidados ao doente trombocitopénico:

- Vigiar sinais e sintomas de hemorragia;
- Evitar traumatismos na pele e mucosas;
- Evitar injeções intramusculares e técnicas invasivas;
- Suspender terapêutica com efeito anticoagulante e vasodilatador;
- Evitar a automedicação com analgésicos (ex:AINES);
- Transfundir concentrados de plaquetas.

ANEMIA

■ Definida como um valor de Hemoglobina <13g/dl nos homens e por um valor de Hemoglobina <12g/dl nas mulheres;



Baixa na concentração de hemoglobina, no hematócrito ou na contagem de eritrócitos.

ANEMIA

Sinais e sintomas:

- Palidez acentuada;
- Dispneia e cansaço fácil;
- Alteração do sono, sonolência e exaustão;
- Agitação e irritabilidade;
- Cefaleias e zumbidos;
- Taquicardia;
- Hipersensibilidade ao frio.

ANEMIA

Cuidados ao doente anémico:

- Hemograma completo;
- Transfundir concentrado de eritrócitos (hemoglobina <8-9g/dl);
- Administrar eritropoetina (????);
- Oxigenoterapia;
- Suplementos nutricionais, vitamínicos, de ferro e ácido fólico;
- Avaliar sinais vitais;
- Vigiar sinais de hemorragia;
- Vigiar sinais de dificuldade respiratória;
- Elevar a cabeça da cama;
- Ajudar o doente nas AVD's;
- Programar períodos de repouso ao longo do dia.

NÁUSEAS E VÓMITOS

- Motivos de urgência mais frequentes no tratamento com QT.

Incidência das náuseas e vômitos relacionada com:

- O potencial emético da droga
- Dose
- Via de administração
- Velocidade de administração
- Combinação de citostáticos

NÁUSEAS E VÓMITOS

- O processo da náusea e do vômito divide-se em três fases:

- Náusea
- Arranque e vômito
- Pós-vômito

NÁUSEAS E VÓMITO

NÁUSEA

- Sensação subjectiva, referida como “enjoo”;
- Sensação desagradável que se localiza na orofaringe, epigastro ou é difusa por todo o abdómen.
- Acompanhada de diminuição da secreção gástrica, sialorreia, vasoconstricção e palidez, tonturas, sudorese, taquipneia e taquicardia, tremores e arrepios, e hipotensão;
- Podem, ou não, preceder o vômito;
- Mais prolongadas e de mais difícil controlo que o vômito.

NÁUSEAS E VÓMITOS

ARRANQUE E VÓMITO

Arranque: movimento rítmico que antecede o vômito.

Vômito: resposta à contracção súbita e forçada dos músculos respiratórios.



Estômago fica flácido e inactivo.

NÁUSEAS E VÓMITOS

PÓS-VÓMITO

- Fase de letargia e astenia;
- Acompanhada de tremores dos membros inferiores, sensação de frio, câibras e mialgias.

NÁUSEAS E VÓMITOS

Tipos de Náuseas e Vômitos:

Náuseas e vômitos agudos:

- ocorrem nas primeiras 24horas pós QT;

Náuseas e vômitos tardios:

- ocorrem a partir das 24horas pós QT e podem manter-se durante 5 a 7 dias, tendo um pico ao 3º dia;

Náuseas e vômitos antecipatórios:

- ocorrem antes da QT.

NÁUSEAS E VÓMITOS

Cuidados ao doente com náuseas e vómitos:

- Evitar beber líquidos durante as refeições;
- Proporcionar um ambiente tranquilo em torno das refeições;
- Preferir refeições ligeiras e frequentes, isentas de condimentos, doces, gorduras;
- Administrar terapêutica antiemética;
- Proporcionar um ambiente limpo e arejado, sem imagens ou cheiros sugestivos de vômito;

NÁUSEAS E VÓMITOS

- Proporcionar bons cuidados de higiene oral;
- Não comer alimentos preferidos em períodos de náuseas ou vômitos intensos;
- Se os odores da comida o incomodam, o doente não a deve cozinhar e deve preferir à temperatura ambiente;
- Controlo rigoroso do balanço hídrico sempre que a intensidade dos vômitos o justifiquem;
- Ionograma sérico e reposição electrolítica.

NÁUSEAS E VÓMITOS

TRATAMENTO:

- Administração de fármacos antieméticos;
- Medidas não farmacológicas (ex: mudar atitudes e comportamentos que rodeiam a actividade alimentação).

MUCOSITE / ESTOMATITE

MUCOSITE: inflamação generalizada das membranas mucosas.

ESTOMATITE: mucosite que envolve a cavidade oral, estendendo-se à língua e lábios.



As alterações das células da mucosa acompanham o curso da mielodepressão e sua recuperação.

MUCOSITE/ESTOMATITE

Cuidados ao doente com mucosite/estomatite:

- Controlar a dor
- Manter uma boa higiene oral;
- Evitar exposição da mucosa oral a irritantes químicos (ex: álcool) e físicos (ex: alimentos duros);
- Manter um dieta hipercalórica, hiperproteica e hipervitaminada;
- Aumentar a ingestão de líquidos;
- Estar atento a sinais de infecção;
- Aplicar sucralfato sobre as mucosas com calmante;
- Administrar oral ou sistémica analgésicos;

Casos graves: alimentação parentérica total

MUCOSITE/ESTOMATITE

Avaliação da cavidade oral

Grau de disfunção oral (de 7 a 24):

- Leve 7-12
- Moderada 13-18
- Severa 19-24

Local	Grau de disfunção			
	1	2	3	4
Mucosa Oral	Lisa, íntegra, húmida e rosada	Palida, com áreas avermelhadas e levemente seca	Avermelhada com ulcerações, inflamada, edemaciada e seca	Muito vermelha e brilhante, com pústulas e ulcerações e edemaciada
Lábios	Lisos, húmidos e íntegros	Secos, com áreas avermelhadas e ligeiramente enrugados	Secos e enrugados, edemaciados e inflamados na linha de demarcação	Muito secos, rachados, inflamados com ulcerações e vesículas
Língua	Lisa, rosada, sem fissuras, íntegra e húmida	Seca, com áreas avermelhadas	Avermelhada, principalmente na ponta, seca, edemaciada e com fissuras	Muito edemaciada e muito seca, com fissuras profundas, películas e com vesículas
Saliva	Fluída em quantidade adequada	Aumento de quantidade	Saliva escassa	Espessa e viscosa
Dentes	Brilhantes	Ligeiramente opacos com leves membranas	Opacos com membranas em cerca de metade do esmalte dentário	Muito opacos e cobertos com membrana
Voz	Sem alterações	Mais baixa	Áspera e dissonante	Dificuldade em articular as palavras
Deglutição	Sem alterações	Desconfortável	Com dificuldade	Quase impossível

ANOREXIA

Predispõe o doente oncológico a:

- Infecções
- Progressão da doença
- Alterações hormonais e no metabolismo dos glúcidos e dos hidratos de carbono
- Alterações da mucosa gástrica e intestinal

SUGESTÕES PARA DIMINUIR A ANOREXIA

Perda de apetite:

- Providenciar os alimentos preferidos e com maior teor calórico e proteico
- Evitar alimentos fritos e gordurosos
- Evitar cozinhar
- Comer em pequenas quantidades
- Realizar exercícios físicos antes das refeições

SUGESTÕES PARA DIMINUIR A ANOREXIA

Alteração do paladar:

- Enxaguar a boca antes das refeições
- Evitar alimentos desagradáveis ao paladar
- Alimentos ácidos e condimentos podem realçar o sabor
- Chupar rebuçados ácidos

SUGESTÕES PARA DIMINUIR A ANOREXIA

Boca seca:

- Ingerir líquidos durante o dia e evitar bebidas alcoólicas
- Sugerir gelatinas e sumos de frutas
- Evitar alimentos condimentados
- Preferir frutas com maior quantidade de água

SUGESTÕES PARA DIMINUIR A ANOREXIA

Indigestão:

- Ingerir pequenas quantidades em intervalos frequentes
- Evitar fritos, leite e derivados
- Evitar deitar-se logo após as refeições
- Usar anti-ácidos antes das refeições

SUGESTÕES PARA DIMINUIR A ANOREXIA

Distensão abdominal:

- Ingerir os alimentos devagar
- Evitar fritos e gorduras
- Evitar bebidas gaseificadas e leite
- Evitar alimentos como: couves, bróculos e feijão

SUGESTÕES PARA DIMINUIR A ANOREXIA

Cansaço:

- Oferecer alimentos de fácil deglutição
- Planear períodos de repouso antes das refeições
- Planear um pequeno almoço mais nutritivo

DIARREIA

- Definida como um aumento anormal no volume fecal
- Como consequência da QT é um sintoma de mucosite do tracto gastrointestinal baixo



Lesão na membrana do tracto alimentar -
infecção sistémica



Pode ser fatal se não for diagnosticada e tratada
a tempo

DIARREIA

Sinais e sintomas:

- Urgência, incontinência fecal
- Cólicas abdominais
- Excreção de muco, fluido e sangue
- Desidratação
- Deterioração do estado nutricional
- Fadiga e debilidade
- Perda de peso
- Dores abdominais e irritação perianal

DIARREIA

Cuidados ao doente com diarreia:

- Equilíbrio hidroelectrolítico
- Antidiarreicos (loperamida) e antiespasmódicos
- Antibioterapia
- Administração de sucralfato
- Administração de octreótido (diarreias refratárias)
- Dieta rica em calorias e proteínas e pobre em resíduos
- Evitar alimentos que possam irritar ou estimular o peristaltismo
- Evitar alimentos muito sólidos
- Bebidas a evitar: cafeína, chocolate, derivados do leite, álcool, sumos cítricos e gaseificados
- Preferir refeições mais pequenas e frequentes
- Hidratação igual a 3 litros por dia

OBSTIPAÇÃO

- Passagem irregular de fezes muito sólidas, associada com dor abdominal e rectal.

Resultado de:

- mobilidade diminuída
- idade avançada
- diuréticos anticolinérgicos
- analgésicos opiáceos e antidepressivos
- abuso de laxantes
- dieta pobre em fibras
- alterações metabólicas (ex: hipercalcémia e hipocalcémia)

OBSTIPAÇÃO

Sinais e sintomas:

- Tensão abdominal
- Sensação de evacuação incompleta
- Cólicas abdominais
- Desconforto abdominal
- Sensação de enfiamento
- Náuseas e vômitos

OBSTIPAÇÃO

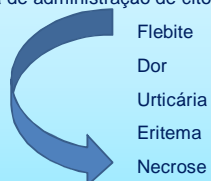
Cuidados ao doente com obstipação:

- Dieta rica em fibras
- Reforço hídrico
- Actividade física
- Líquidos quentes (estimulam o peristaltismo)
- Emolientes das fezes
- Laxantes
- Enemas de limpeza
- Extração digital de fecalomas

TOXICIDADE DERMATOLÓGICA

- Pode ser local e/ou sistémica.

Toxicidade dermatológica local: ocorre nos tecidos adjacentes à área de administração de citostáticos.



TOXICIDADE DERMATOLÓGICA

Toxicidade dermatológica sistémica provoca:



CVC - IMPLANTOFIX

- Implantado cirurgicamente com anestesia geral, sob a pele;
- Colocado através de veias de grande calibre (jugulares ou subclávias).



Funções

- Avaliação de diversos parâmetros vitais (ex:PVC);
- Administração de fármacos em grandes volumes e durante grandes períodos de tempo;
- Administração de alimentação parentérica;
- Realização de colheitas de espécimens frequentes.

CVC - IMPLANTOFIX

As vantagens dos cvc tipo implantofix em relação aos restantes cvc's:

- Maior mobilidade e conforto;
- Diminui o traumatismo de sucessivas punções venosas periféricas;
- Reduz a possibilidade de lesão de tecidos subjacentes por extravasamento de fármacos;
- Permite tratamento em ambulatório;
- Necessita de cuidados mínimos de manipulação;
- Reduz o risco de infeções locais e sistémicas.

MANIPULAÇÃO IMPLANTOFIX COM BOMBA DE QUIMIOTERAPIA

Procedimento

- ✓ Lavar e desinfetar as mãos;
- ✓ Colocar máscara de proteção facial;
- ✓ Colocar bata ou avental;
- ✓ Abrir pacote de compressas esterilizadas e colocar álcool a 70%;
- ✓ Aspirar o SF para a seringa;
- ✓ Calçar as luvas de QT;
- ✓ Desadaptar a bomba da extremidade da agulha (esta tem sempre um capuchão de pressão positiva para evitar o refluxo) que está a puncionar o cvc e colocá-lo no saco plástico, que mais tarde irá para o contentor do grupo III do lixo hospitalar;
- ✓ Instilar os 10 cc de SF no cvc, que desta forma fica pronto para a administração de outros fármacos.



EXTRAVAZAMENTO DE QUIMIOTERAPIA

“... define-se como a saída de líquido IV para os tecidos adjacentes, motivado por fatores intrínsecos do vaso ou saída do cateter venoso do local de punção.”

IN "O CANCRO E A QUALIDADE DE VIDA"

Sinais e sintomas de extravasamento

- Dor
- Picada
- Eritema
- Edema
- Palidez ou endurecimento da pele
- Pele fria /quente
- Diminuição do fluxo de infusão
- Sensação de queimadura ou prurido

CLASSIFICAÇÃO DOS CITOSTÁTICOS

■ **Substâncias vesicantes:** Capazes de provocar ulceração e/ou necrose local quando há extravasamento.



■ **Substâncias irritantes:** Causadoras de dor ou irritação local.



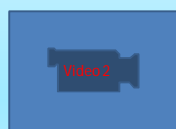
■ **Substâncias não agressivas:** Geralmente não causam problemas quando extravasam.



TRATAMENTO EM CASO DE EXTRAVAZAMENTO

- ✦ Parar de imediato a administração do agente citostático sem retirar a via de perfusão e guardar a dose restante em local apropriado;
- ✦ Aspirar quando possível, sangue e parte do conteúdo extravazado (5 – 10cc);
- ✦ Se possível, injectar 5 – 10cc de SF na área infiltrada para diluir o citostático;
- ✦ Limpar a área extravasada com solução de iodopovidona;
- ✦ Elevar a zona atingida a fim de diminuir o edema;
- ✦ Evitar a fotoexposição da zona afectada.
- ✦ Aplicar frio ou calor de acordo com a substância extravazada.

IMPLANTOFIX - VIDEO



SUGESTÕES

- **Material a acrescentar nas SIV e VMER:**
 - Kit para manipulação de CVC tipo Implantofix

CONCLUSÃO

As doenças oncológicas, para além do estigma social que carregam, são doenças que pela sua gravidade e duração, por vezes muito prolongada, debilitam muito os doentes, daí a necessidade destes serem devidamente seguidos e atendidos por quem melhor conhece a sua patologia.

CONCLUSÃO

O pronto e rápido atendimento/encaminhamento deste tipo de doentes nem sempre é uma tarefa pacífica. A maioria dos doentes oncológicos que recorre de urgência a outras instituições de saúde que não o IPO é, sempre que possível, encaminhada rapidamente para lá.

CONCLUSÃO

Este atendimento e encaminhamento de doentes oncológicos torna-se ainda mais complicado quando o doente, por impossibilidade de recorrer directamente às instituições de saúde competentes, chama o INEM ao domicílio.

CONCLUSÃO

Todos os doentes que recorrem ao INEM para os socorrer, não podem ser levados directamente para o IPO, pois esta instituição não faz parte da rede nacional de urgências. Desta forma, torna-se impossível o transporte de doentes oncológicos pelo INEM para o IPO – Porto.

CONCLUSÃO

O que acontece na maioria das vezes é que o INEM transporta estes doentes para os hospitais da área de residência dos mesmos ou para instituições próximas ao IPO que a única coisa que fazem é pedir nova ambulância para, após contacto prévio com o Médico Chefe de Equipa do IPO, transferirem esses mesmos doentes para o IPO.

SUGESTÃO/REFLEXÃO**A solução é única para estas duas questões:**

O IPO deveria fazer parte da rede nacional de urgências

Vantagens:

- Atendimento especializado ao doente
- Seguimento do doente na mesma instituição
- Intervenção mais rápida ao doente ao nível hospitalar (não seria transferido para uma segunda instituição para, por exemplo, se decidir um internamento ou ser instituída antibioterapia)
- Poupança económica

PENSAMENTO

“O verdadeiro heroísmo consiste em persistir por mais um momento quando tudo parece perdido.”

(Autor desconhecido)



Anexo IV

Acção de Formação: Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

E) Ficha de Avaliação

Avaliação da Acção de Formação

Esta ficha é facultativa, anónima e confidencial. Destina-se a recolher opiniões dos formandos relativamente a acção de formação. Assinale, por isso, com toda franqueza e com o cuidado e objectividade possíveis, os pontos que traduzem a sua efectiva opinião. Tópicos omissos ou dúvidas poderá explicá-los no final desta ficha, no item “Sugestões e Críticas”.

Local	Delegação Regional do Norte do INEM		
Data	26/01/2012	Duração	2 horas
Tema	Urgências Oncológicas em Doentes a fazer Quimioterapia		
Formadores	Francisco Figueira e Vera Maltez		

Considerando a escala de 1 a 5, em que 1 (Muito Insuficiente), 2 (Insuficiente), 3 (Suficiente), 4 (Bom) e 5 (Muito Bom), assinale cada questão com uma cruz a opção pretendida:

	1	2	3	4	5
1. Pertinência do tema abordado;					
2. Clareza e objectividade do assunto;					
3. Metodologia utilizada;					
4. Tempo disponibilizado;					
5. Relacionamento com os formandos;					
6. Documentação e materiais disponibilizados;					
7. Apreciação global da acção de formação;					

Sugestões e Críticas

Tem alguma sugestão adicional sobre a formação/desempenho do formador?

Obrigado pela vossa atenção e disponibilidade!

Anexo IV

Acção de Formação: Urgências Oncológicas em Doentes a Realizar Quimioterapia

F) Resultados da Avaliação

Para avaliação desta ação de formação, foi elaborada uma ficha de avaliação. Os resultados obtidos foram os seguintes:

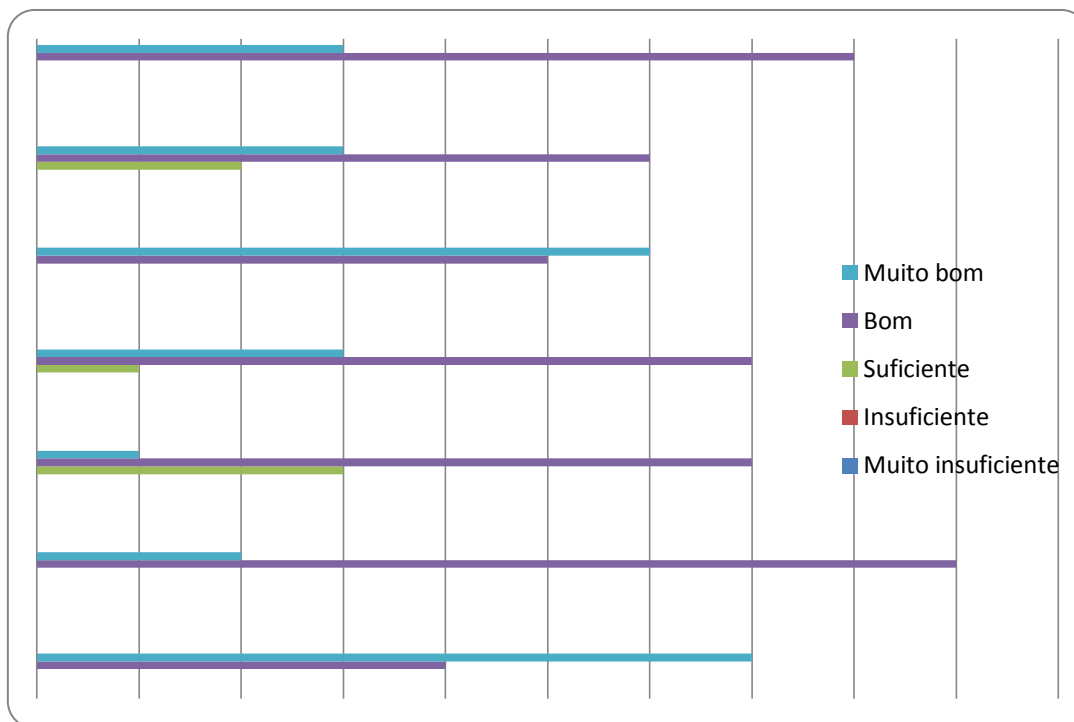


GRÁFICO 1- Resultados da ficha de avaliação da ação de formação

Como se pode constatar no gráfico a totalidade dos formandos consideraram a Pertinência do Tema Abordado como Bom ou Muito Bom, o que revela que a escolha do tema foi apropriada para o grupo.

Em relação à Clareza e Objectividade do Assunto apenas 2 formandos consideraram a formação Suficiente sendo que os restantes a classificaram como Bom ou Muito Bom.

A Metodologia Utilizada também foi unanimemente classificada entre o Bom e o Muito Bom, bem como no Tempo Disponibilizado, sendo que nesta questão um dos formandos a classificou como Suficiente.

A questão que obteve uma classificação menos positiva foi a dos Relacionamento com os Formandos, pois apenas 1 a classificou como Muito Bom, 7 como Bom e 3 como Suficiente. Apesar de claramente positiva, nota-se que em relação aos outros pontos avaliados há uma menor percentagem de Muito Bom e um acréscimo no Suficiente. Isto pode dever-se aos formadores não terem experiência nesta área que lhes permita uma maior interlocução com os formandos.

Nas duas últimas questões nota-se que a totalidade dos formandos a classificou como Bom e Muito Bom pelo que todos apreciaram a Documentação e Materiais Disponibilizados e consideraram positiva a Apreciação Global da Acção de Formação.

