



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

A EXCELÊNCIA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

- AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS -

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 Ana Luísa Magalhães Guedes

PORTO, Maio de 2012



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

A EXCELÊNCIA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL
- AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS -

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 Ana Luísa Magalhães Guedes

Sob orientação de Amélia Ferreira

PORTO, Maio de 2012



RESUMO

A formação pós-graduada na área da Enfermagem, sempre a considereirei como um factor que visa promover o crescimento pessoal e profissional de todos os enfermeiros. Neste contexto surge a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa, mais concretamente no Instituto de Ciências da Saúde do Porto.

A escolha pela Especialidade Médico-Cirúrgica deveu-se ao facto de apresentar, até à data da inscrição no curso, aproximadamente doze anos de experiência profissional na assistência à Pessoa adulta e idosa, com doença grave e em estado crítico. Considerei então o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como aquele que daria resposta à minha necessidade de evolução, neste processo de desenvolvimento contínuo e que me irá conferir competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, nesta área de formação, com qualidade e adequados às necessidades da população alvo.

Do plano de estudos do Curso de Mestrado fazem parte várias unidades curriculares, divididas em dois períodos distintos, o primeiro fundamentalmente teórico e o segundo de carácter prático, onde se inclui a Unidade Curricular Estágio. Neste contexto, foram realizados, dois módulos de estágio, sendo que o primeiro teve início no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano e o outro no Serviço de Medicina Intensiva, da mesma instituição de saúde.

Como forma de servir de fio condutor, foi realizado um Projecto de Estágio, onde foram definidos objectivos gerais/específicos e actividades a desenvolver, com o objectivo de conseguir adquirir as competências necessárias no final deste ensino clínico. Os Portefólios foram os documentos onde ficou registada a execução e a evolução, ao longo dos dois módulos de estágio, onde pude descrever as experiências enriquecedoras vividas e as estratégias para a resolução das situações problema identificadas.

Com a elaboração deste trabalho pretendo principalmente fazer uma análise crítico-reflexiva, sobre todas as situações vivenciadas ao longo deste caminho, segundo uma perspectiva da Enfermagem Avançada, que me permitiu e permitirá a tomada de decisões fundamentadas, baseadas nas evidências científicas, sem nunca esquecer a minha responsabilidade profissional, ética e legal.



ABSTRACT

I have always seen training in Nursing as promoting the personal and professional growth of all nurses. It was in this context that I enrolled in the Masters Degree in Nursing, with specialization in Medical-Surgical Nursing at the Universidade Católica Portuguesa, namely at the Instituto de Ciências da Saúde of Porto.

The choice of medical-surgical specialty was due to the fact that, until the date of enrollment in the course, I had twelve years of professional experience in assisting adults and elderly persons with severe diseases and critical conditions. The Masters course, with specialization in Medical-Surgical Nursing was thus an answer to my need for evolution in this process of continuous development, that will give me skills to provide specialized nursing care in this area of training, with quality, and tailored to the needs of the target population.

The curriculum of the Masters Course includes multiple curricular units, divided into two distinct periods, the first fundamentally theoretic, and the second with a more practical character, which includes the curricular unit Internship. I carried out two training modules, the first of which began in the Emergency Department of the Hospital Pedro Hispano, and the second in the Department of Intensive Care Medicine in the same health institution.

To serve as a guideline, an Internship Project was drafted, defining the general / specific objectives and activities to be developed, so as to acquire the necessary skills at the end of this clinical learning. The Portfolios were the documents where the execution and evolution, regarding the two training modules, was recorded, and where I was able to describe the rich experiences and the strategies chosen to solve identified problem situations.

By preparing this report, I intend to make an especially critical and reflective analysis regarding all the situations experienced along this road, according to a perspective of Advanced Nursing, which allowed me and will allow me to take informed decisions based on scientific evidence, never forgetting my professional, ethic and legal responsibility.



Agradecimentos:

À Enfermeira Amélia Ferreira pela orientação, disponibilidade e estímulo demonstrados;

À minha irmã e colega Ângela Guedes pelas sugestões e apoio sempre presentes;

Aos meus filhos, Filipe e Miguel, pela sua compreensão apesar da sua tenra idade;

À Família pela vossa paciência e ajuda!



LISTA DE ABREVIATURAS

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DCI - Departamento de Cuidados Intensivos

EEMC - Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica

GRAPE - Grupo Reflexão e Apoio à Prática de Enfermagem

HPH - Hospital Pedro Hispano

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - International Council of Nurses

OBS - Observações

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIECE - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SU - Serviço de Urgência

TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1 - CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	10
1.1 - Serviço de Urgência.....	10
1.2 - Serviço de Medicina Intensiva	12
2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	14
2.1 - Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	15
2.2 - Competências no Domínio da Melhoria da Qualidade	19
2.3 - Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados	23
2.4 - Competências no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais ...	25
2.5 - Competências no Domínio da Prestação de Cuidados Especializados	27
3 - CONCLUSÃO	30
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

ANEXOS

ANEXO 1 - "Cateter Venoso Central Hemodiálise"

ANEXO 2 - "O Enfermeiro na Abordagem ao Doente com Sépsis"

ANEXO 3 - "O Enfermeiro na Abordagem ao Doente Submetido a Cateterismo Cardíaco"

ANEXO 4 - "Sono"

ANEXO 5 - "Hipertensão Intracraniana"

ANEXO 6 - "Traumatismo Crânio-Encefálico"



INTRODUÇÃO

O Enfermeiro enfrenta actualmente tempos de grandes mudanças, em que as necessidades de cuidados e a prestação dos mesmos são cada vez mais complexos e, em que cada vez mais lhe é exigido excelência na sua prática, que a meu ver só será conseguida através de um percurso profissional baseado numa atitude crítico-reflexiva, com o objectivo de prestar cuidados de enfermagem com qualidade. Em suma, o que se espera dos profissionais de enfermagem é a prática de uma Enfermagem Avançada, que permitirá a tomada de decisões fundamentadas, baseadas nas evidências científicas.

Pelo descrito anteriormente, senti uma necessidade pessoal e profissional, na procura de mais conhecimentos e competências, principalmente na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, daí a opção que fiz em frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa.

A escolha da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) deveu-se ao facto de apresentar, até à data da inscrição no curso, aproximadamente doze anos de experiência profissional na assistência à Pessoa¹ adulta e idosa com doença grave e em estado crítico. Com a frequência deste curso consegui aprofundar conhecimentos nesta área de especialidade, o que me permitiu desenvolver competências clínicas para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde diferenciados à Pessoa, com a finalidade de prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Do plano de estudos do curso, atrás referido, fazem parte várias unidades curriculares, divididas em dois períodos distintos, o primeiro fundamentalmente teórico e o segundo de carácter prático, onde se inclui a Unidade Curricular Estágio. Esta unidade curricular é composta por 750 horas, das quais 540 horas são de contacto directo, divididas de igual forma pelos três módulos de estágio: módulo I – Serviço de Urgência; módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e módulo III – Opção. As restantes 210 horas foram estipuladas para trabalho individual. Dos três módulos previstos apenas dois foram realizados, uma vez obtive creditação ao módulo III – Opção, conforme explicarei mais adiante.

¹ Sujeito de cuidados, entendida como individuo ou como grupo. Conselho de Enfermagem (2009), p. 5.
Irei também usar o termo cliente, como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. "O termo "cliente" relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel activo no quadro da relação de cuidados. "Cliente" como participante activo. "Cliente" como aquele que troca algo com outro, e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economista, paga. Cliente-pessoa-individual ou cliente-família ou cliente-comunidade". Conselho de Enfermagem (2003), p. 4.



O módulo I – Serviço de Urgência foi realizado no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Pedro Hispano (HPH) , na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e decorreu no período compreendido entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010; o módulo II – Cuidados Intensivos foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), entre 4 de Outubro e 27 de Novembro de 2010, na mesma instituição de saúde que o anterior.

Ao módulo III – Opção, foi-me concedida creditação após a exposição escrita que apresentei à comissão coordenadora do curso, onde descrevi as competências² e actividades por mim desenvolvidas, no âmbito do meu exercício profissional, no serviço de Medicina E, mais concretamente na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina do HPH. Sempre exerci a minha actividade profissional nesta área, onde os clientes alvo são o adulto e o idoso em situação de doença aguda ou doença crónica agudizada, ou seja, em que a minha actuação numa fase inicial vai no sentido da assistência à Pessoa em situação instável, passada a fase mais crítica o planeamento de cuidados passa necessariamente pelo envolvimento da família e os recursos existentes na comunidade, de forma a prestar cuidados de enfermagem com continuidade e qualidade.

As competências que considero ter desenvolvido, através da minha prática profissional, foram no domínio da gestão e prestação de cuidados, que de alguma forma são diferenciados, comparativamente ao enfermeiro que desenvolve a sua actividade numa enfermaria de cuidados gerais. No âmbito da gestão de cuidados destaco a minha actividade como Enfermeira de Referência, papel que me permitiu desenvolver competências muito específicas na área da supervisão clínica de pares , na gestão e prestação de cuidados de enfermagem em articulação com a Pessoa/ Família, equipa multidisciplinar e comunidade. É minha atribuição promover a satisfação dos clientes através da personalização dos cuidados.

Os estágios são momentos fulcrais que permitem aos alunos a articulação entre a teoria e a prática. O ponto de partida para esta caminhada foi a elaboração de um Projecto de Estágio, comum aos Módulos I e II desta unidade curricular, com o objectivo principal de ser um guia, um fio condutor, onde descrevi um conjunto de actividades coordenadas com o fim de atingir determinados objectivos e competências, num determinado espaço de tempo.

Na base da construção do Projecto de Estágio esteve o Caderno Temático “ Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista”, elaborado pelo Conselho de Enfermagem

² Para Le Boterf, citado pelo Conselho de Enfermagem, “ a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta”. Conselho de Enfermagem (2009), p. 10.

da Ordem dos Enfermeiros, onde é proposto um perfil de competências comuns e específicas das diferentes áreas de especialidade. O SIECE “...*tem como premissa as necessidades em cuidados de saúde da população portuguesa, em particular em cuidados de enfermagem.*”, que “...*considera ser indispensável na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem a prestar à população e assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa / família e prestados por enfermeiros especialistas certificados.*”³

Foram então desenvolvidos e propostos pelo Conselho de Enfermagem, cinco domínios de Competências, que vão assegurar ao enfermeiro Especialista um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que vai mobilizar em contexto da prática clínica. Foi pois a partir desta base, que planeei e cimentei o meu percurso, definindo para além dos objectivos gerais, descritos no Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem, comuns a todas as Especialidades, também objectivos específicos e as respectivas actividades a desenvolver para adquirir as competências preconizadas pelo Conselho de Enfermagem.

No fundo, com a realização deste estágio pretendia-se que o aluno desenvolvesse as suas competências, não só como enfermeiro de cuidados gerais, mas que adquirisse outras, como enfermeiro especialista, que será “... *o enfermeiro habilitado com um curso de especialização..., a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados na área da sua especialidade.*”⁴, neste caso, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com o presente documento, pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Fazer uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas, com especial ênfase para a identificação de situações problema e soluções encontradas para a resolução das mesmas;
- Descrever quais as actividades desenvolvidas, para atingir os objectivos inicialmente propostos no Projecto de Estágio;
- Demonstrar as competências que adquiri tendo em conta as actividades realizadas;
- Servir como instrumento de avaliação, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

³ Conselho de Enfermagem (2009), p. 3.

⁴ Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Artigo 4º, nº3.



A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho é a descritiva e crítico-reflexiva, tendo para tal recorrido a pesquisa bibliográfica e à internet, nomeadamente, informação disponível em acesso livre através de serviços do motor de busca Google e repositório aberto da Universidade do Porto.

Estruturalmente dividi este trabalho em três capítulos, sendo que os dois primeiros têm subcapítulos relacionados. No primeiro capítulo, apresento e descrevo os locais onde tiveram lugar os momentos de ensino clínico; em cada subcapítulo faço uma pequena descrição da estrutura física e humana de cada um dos serviços, bem como do tipo de cuidados e população alvo, a que cada um dá resposta.

No segundo capítulo, descrevo e faço uma análise crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas, que me permitiram atingir os objectivos inicialmente propostos e assim adquirir as competências necessárias nos vários domínios de actuação. Por fim, termino com uma conclusão em forma de balanço do que foi este período de aprendizagem e o impacto que teve na minha vida pessoal e profissional.

Espero que este documento traduza da melhor forma possível o percurso efectuado e que vá de encontro às expectativas e objectivos propostos.



1- CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), criada em 1999, é uma entidade pública empresarial, da qual fazem parte o Hospital Pedro Hispano em conjunto com os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede Infesta e Leça da Palmeira. A ULSM está integrada no Serviço Nacional de Saúde e tem por objectivo a prestação de cuidados de saúde primários, continuados e diferenciados à população do concelho de Matosinhos e ainda à população sob a sua área de influência como é Vila do Conde e Póvoa do Varzim.⁵

A ULSM participa também no processo de formação pré e pós-graduada de profissionais do sector da saúde, razão pela qual foi possível a realização deste ensino clínico no HPH, mais concretamente no SU e SMI, que passarei a apresentar de forma sucinta.

1.1 – Serviço de Urgência

Na tentativa de dar a conhecer o local onde se realizou o estágio e onde decorreu a minha aprendizagem, faz sentido fazer uma breve referência à caracterização do SU, não só em termos de estrutura física mas também em relação aos recursos humanos, à sua visão e valores preconizados no desempenho da sua missão. Para tal recorri à consulta do documento interno nº 1337.0, que Regulamenta o funcionamento do SU do HPH, elaborado pela enfermeira chefe em conjunto com a directora de serviço.

O SU do HPH pretende identificar todas as necessidades em cuidados de saúde, dos utentes que recorrem a este serviço, proporcionando cuidados emergentes à população da sua área de influência, fazendo o planeamento necessário entre a instituição e todos os outros recursos existentes na comunidade.

Para o desempenho da sua missão tem como valores fundamentais a disponibilidade, acessibilidade, continuidade, qualidade e humanização dos cuidados a prestar, respeitando os valores individuais.

⁵ Unidade Local de Saúde de Matosinhos, disponível em www.ulsm.pt (data da visita: 04.11.2010).



Localizado no piso (-1) do HPH, o SU é dividido essencialmente em dois sectores. Um sector considerado a parte principal deste serviço é constituído pela:

- Sala de Triagem;
- Sala de Emergência;
- Sala de Tratamentos/Nebulizações;
- Sala de Trabalho;
- Área de gabinetes médicos;
- Unidade Rápida de Diagnóstico;
- Sala de apoio à Pequena Cirurgia, Cirurgia Geral e Ortopedia.

O outro sector, designado como o serviço de OBS, é considerado uma área de internamento para doentes críticos, sendo que 4 das 16 unidades existentes, pertencem à Unidade de Dor Torácica.

Em termos de recursos humanos, o serviço tem na sua equipa de enfermagem 75 elementos, dos quais fazem parte a enfermeira chefe e várias enfermeiras especialistas, sendo que duas delas têm a especialidade em enfermagem Médico-Cirúrgica, com funções de Enfermeiras de Referência, cujas actividades se encontram definidas no documento interno nº 879.1, emitido pela direcção de enfermagem da ULSM, em 2009. Esta equipa trabalha em articulação com a equipa de assistentes operacionais, médica, administrativa, técnicos de saúde e serviço social.

O Enfermeiro de Cuidados Gerais desempenha as funções estabelecidas na Carreira de Enfermagem⁶, para além de outras mais específicas e particulares do serviço, que se encontram devidamente descritas no documento interno nº 1337.0, já há pouco referenciado.

O enfermeiro Especialista exerce todas as funções que o enfermeiro de cuidados gerais desempenha, tendo também um papel preponderante no campo da gestão dos cuidados e da supervisão dos mesmos; é o enfermeiro especialista o interlocutor com a Comissão Controlo Infecção (CCI), com o Gabinete da Qualidade, Gestão de Risco, Grupo Reflexão e Apoio à Prática de Enfermagem (GRAPE) e Grupo de Tratamento das Feridas e Úlceras de Pressão.

⁶ Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro



1.2 – Serviço de Medicina Intensiva

Para a realização deste subcapítulo baseei-me na informação colhida junto do enfermeiro responsável pelo Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e na consulta e leitura efectuada do Manual de Integração do mesmo serviço.

No piso (-1) do HPH fica localizado o SMI, sobre o qual irei fazer uma breve caracterização quanto à sua estrutura física e humana. Tenho que referir que a denominação de SMI é relativamente recente pois só em meados de Setembro de 2010 é que este serviço foi aberto com este nome, em substituição das antigas unidades de cuidados intensivos médicos e cirúrgicos. Neste momento, é considerado um serviço de cuidados intensivos polivalente.

Numa primeira zona de acesso ao serviço encontramos dois vestiários (um feminino e outro masculino), uma sala de espera para visitas e familiares das pessoas internadas e um secretariado, com uma funcionária administrativa. A porta de acesso encontra-se codificada sendo necessário para entrar no serviço tocar na campainha ou passar o cartão de identificação profissional num sensor.

Passando ao interior do serviço temos duas áreas distintas, sendo elas a zona de trabalho e outra de apoio ao serviço. Nesta última inclui-se um pequeno aprovisionamento com material clínico e farmacêutico, uma sala de reuniões, o gabinete do enfermeiro chefe, vários gabinetes médicos, uma copa para o pessoal de serviço e ainda uma pequena sala onde se encontra a máquina para realização das gasimetrias e o fibroscópio. A zona de trabalho é constituída por uma área comum, onde se encontram as unidades de internamento propriamente ditas e um balcão de trabalho. Para além destas, também fazem parte, uma copa intermédia para preparação das refeições dos doentes e ainda uma sala de sujos.

Existem 12 unidades para admissão, sendo que 5 delas são quartos individuais que permitem adoptar medidas de isolamento (respiratório e protecção) e 3 estão preparadas para realização de técnicas dialíticas.

Em termos de recursos humanos o serviço tem, na sua equipa, essencialmente três categorias profissionais: enfermeiros, assistentes operacionais e médicos. A equipa de enfermagem tem um total de 32 elementos, dos quais fazem parte um enfermeiro, com a Especialidade Médico-Cirúrgica, que desempenha funções de responsável do SMI; uma enfermeira especialista em Reabilitação; vários enfermeiros com a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica e os restantes são enfermeiros Graduados. A equipa de enfermagem trabalha em articulação com a



equipa de assistentes operacionais, médica, administrativa, técnicos de saúde, serviço social e serviço de nutrição, entre outros.

Os enfermeiros de cuidados gerais desempenham as funções estabelecidas na Carreira de Enfermagem⁷, para além de outras mais específicas e particulares do serviço, que se encontram devidamente descritas no documento interno nº 1493.0, elaborado em 2008 pela enfermeira chefe do DCI.

⁷ Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro



2- COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Segundo o REPE⁸ o enfermeiro especialista é “ ... o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ... a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade”, ou seja, é esperado do enfermeiro especialista um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades aprofundados em relação ao enfermeiro de cuidados gerais. No fundo, penso que tudo se resume à aquisição de competências clínicas especializadas, que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

O Conselho de Enfermagem da OE, definiu um conjunto de cinco domínios de competências clínicas especializadas: quatro comuns e um específico, considerando este último como o da Prestação de Cuidados Especializados. As competências específicas, definiu como sendo aquelas “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção de cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”⁹

As competências comuns são “ competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade...”¹⁰ e são as seguintes:

- Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados;
- Competências no Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional.

Tendo por base a proposta apresentada pela OE, irei descrever quais as actividades por mim desenvolvidas, durante o contexto clínico, para a aquisição das competências que são esperadas que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, atinja no final do seu curso de especialização. Da mesma forma, procurei ir ao encontro dos objectivos gerais do Regulamento deste Curso, que passo a enumerar:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

⁸ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Artigo 4º, nº3.

⁹ Idem

¹⁰ Conselho de Enfermagem (2009), p. 10



- Saber aplicar os seus conhecimentos e demonstrar capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área EEMC;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Adquirir competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

2.1 – Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Cada vez mais, os profissionais de enfermagem confrontam-se no seu dia-a-dia, com dilemas éticos e com a necessidade de tomar decisões complexas, baseadas nos princípios e valores éticos. Neste domínio de competências é esperado, do enfermeiro, uma actuação que vise desenvolver uma prática profissional responsável com tomadas de decisão baseadas em princípios, valores e normas deontológicas, para promover a protecção dos Direitos Humanos e consequentemente a dignidade da Pessoa.

O respeito pela dignidade é entendido como um princípio moral básico e um dos principais direitos humanos, consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos – *“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”*¹¹. Ora, o respeito pela dignidade humana pressupõe o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito e não um objecto e, é nesta ideia, que assenta um princípio bioético fundamental - o princípio da autonomia.

Durante este estágio, desenvolvi sempre a minha actividade com a preocupação de promover a privacidade do doente, respeitar as suas preferências, garantir a informação à Pessoa/Família, manter a confidencialidade e segurança da informação. Contudo, inevitavelmente durante os estágios realizados, passei por diversos contextos da prática clínica, onde identifiquei situações em que a prestação de cuidados comprometeu de alguma forma a privacidade, confidencialidade, segurança e a dignidade da Pessoa.

¹¹ Germano, A. et al. 2003. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa - artigo 1º, p. 153.



O respeito pela dignidade humana exige então o respeito pela privacidade. De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artigo 12º: *“Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a protecção da lei.”*¹²

A hospitalização é encarada pelas pessoas como um factor de despersonalização por reconhecerem a dificuldade em manter a sua identidade, intimidade e privacidade. Collière (1999) afirma que, *“Um espaço familiar para um pode ser ameaçador para os outros; é o caso do espaço hospitalar, mundo conhecido do pessoal de saúde, mas tão misterioso e, muitas vezes, “não hospitaleiro” para os doentes e suas famílias.”*¹³; por sua vez, os enfermeiros constantemente invadem a intimidade e a privacidade do cliente ao realizar os cuidados de enfermagem, raramente discutindo os aspectos que envolvem esse problema.

Todos temos um espaço próprio que ajuda a manter a privacidade, evitando uma exposição directa aos outros. Muitas vezes, verifica-se que a diminuição do espaço entre as pessoas faz com que se entre em desequilíbrio. Todos temos um território individual e transportamos sempre este território connosco, para onde quer que nos desloquemos. Apenas a um número muito restrito de pessoas, permitimos que entrem neste território em qualquer altura e temos tendência para nos sentir desconfortáveis se outras pessoas invadem esse espaço.

Torna-se, assim, importante compreender o conceito de privacidade como um direito do cliente, alvo de cuidados, e dever por parte do profissional que presta os mesmos, indo de encontro ao descrito no artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) - Do Respeito Pela Intimidade¹⁴: *“Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:*

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;*
- b) Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.”*

Um dos papéis do enfermeiro, em contexto de internamento, é minimizar e ajudar a Pessoa a lidar com as perdas de privacidade que decorrem durante o mesmo, preservando, sempre que possível, a sua privacidade.

¹² Germano, A. et al. 2003. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, p.155.

¹³ Collière, M.F.1999. Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, p. 309.

¹⁴ Germano, A. et al. 2003. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, p. 87.



Os enfermeiros têm o dever de supervisionar e responsabilizarem-se pelo respeito e cumprimento da privacidade das pessoas, podendo esta função passar por garantir um ambiente adequado aos clientes e familiares, evitar a exposição inadvertida e desnecessária do corpo e certificar-se que só estão presentes no quarto os elementos da equipa indispensáveis aos cuidados.

A informação em saúde pode ser considerada como a mais íntima, pessoal e sensível das informações sobre uma pessoa, pois os dados gerados pela avaliação inicial, processo clínico, passagem de turno são como uma extensão do corpo ou da mente de alguém. Para que estes aspectos não sejam considerados como um acesso não autorizado, deve ser o cliente, e não o profissional de saúde, quem determina quais destas informações podem ser reveladas (Milholland,1994). A confidencialidade está intimamente relacionada com o conceito de privacidade e da comunicação privilegiada, compartilhando com ambos uma ideia de acesso limitado de terceiros ao corpo ou mente de um indivíduo em particular. As informações pessoais obtidas no decorrer deste relacionamento, não podem ser comunicadas a terceiros, excepcionalmente quando autorizadas previamente por aquele que revelou.

No modelo actual de cuidados hospitalares, a equipa multidisciplinar tem acesso aos processos clínicos dos clientes, partilhando uma informação que originalmente foi revelada a outro profissional. Esta perda de confidencialidade tem sido considerada benéfica do ponto de vista assistencial, pois visa proporcionar ao doente todos os cuidados disponíveis na instituição para o correcto diagnóstico e tratamento

Todavia, o acesso ao processo clínico deve ser restrito à equipa indispensável ao processo terapêutico. É a necessidade terapêutica que deve determinar o acesso à informação. As normas e as rotinas que possibilitam ou restringem o acesso de dados do cliente devem ser objecto de atenção e aperfeiçoamento, fazendo acompanhar de um papel educativo não só referente à manutenção do segredo mas também à capacidade de manter sob controlo as informações relativas ao doente, como a garantia do respeito pela sua privacidade.

O sigilo, considerado como uma característica moral obrigatória da profissão de enfermagem, é tanto um direito como num dever, na medida em que sendo um direito do cliente, gera uma obrigação específica nos profissionais de saúde. Assim, e de acordo com o artigo 85º do Dever De Sigilo do CDE¹⁵: “ *O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:*

¹⁵ Germano, A. et al. 2003. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, p.79.



- a) *considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;*
- b) *partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;*
- c) *divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;*
- d) *manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.”*

Também a Carta dos Direitos do Doente Internado (Direcção Geral da Saúde), no seu ponto 9, afirma que: “ *O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam. Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal são confidenciais. Contudo, se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou se a lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas. Este direito implica a obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua actividade nos serviços de saúde.”*

Neste contexto, torna-se importante abordar a temática da segurança da informação, que surge frequentemente relacionado com questões de privacidade e confidencialidade, referindo-se à protecção da informação contra o acesso não autorizado, a modificação ou a destruição accidental ou intencional, constituindo-se dos procedimentos que as organizações implementam para proteger os dados armazenados e os sistemas, incluindo não só os esforços para manter a confidencialidade dos registos, mas também para assegurar a integridade e a disponibilidade tanto da informação como dos sistemas utilizados para acedê-la.

A promoção da privacidade da Pessoa passa muitas vezes por pequenas mudanças a nível comportamental, de forma a minimizar a invasão da privacidade. Adoptei uma postura de respeito pelas preferências do doente/família; durante a prestação de cuidados de higiene tive a preocupação de evitar ao máximo a exposição corporal do doente, recorrendo ao uso de cortinas ou biombos para o efeito; a execução de procedimentos invasivos e tratamento de feridas implicam obrigatoriamente a exposição do corpo, pelo que devem ser realizados em locais próprios para o efeito (por exemplo salas fechadas) onde apenas estejam presentes as pessoas estritamente indispensáveis à sua realização; durante as conversas com a



Pessoa/família utilizei um tom de voz baixo, para salvaguardar que outros tivessem acesso a informações que só àquela Pessoa dizem respeito; durante as passagens de turno, quando efectuadas junto do cliente (consequentemente com outros ao lado), procurei transmitir apenas a informação pertinente e relevante para a continuidade de cuidados e, assegurei que toda a informação relacionada com cada Pessoa estivesse arrumada e arquivada em local próprio, designadamente no respectivo processo clínico, pelo que se torna fundamental colocar toda e qualquer informação clínica em local inacessível a elementos externos à equipa.

Considero portanto, que as actividades e reflexões atrás descritas foram importantes para o desenvolvimento das competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal que são fundamentais desenvolver e ter sempre presente nas decisões e intervenções que implementamos na nossa actividade profissional. A tomada de decisões foi fundamentada, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, tendo os princípios éticos e deontológicos, da profissão, sempre presentes (descritos no CDE). Para tal a revisão e pesquisa bibliográfica sobre questões éticas e a tomada de decisão, foram fundamentais para que a minha actuação respeitasse os direitos dos clientes/família e os deveres do CDE.

Espero, desta forma, ter conseguido atingir em pleno os objectivos específicos propostos no projecto de estágio, referentes a esta área de actuação, que foram os seguintes:

- Desenvolver uma prática profissional responsável e com respeito pelos direitos humanos;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

2.2 - Competências no Domínio da Melhoria da Qualidade

A busca pela qualidade na prestação de cuidados de saúde, tem vindo a ser uma preocupação crescente nos nossos dias, surgindo então vários programas de controlo da qualidade, com a finalidade de avaliarem a qualidade dos serviços prestados, tanto na rede pública como na privada, e contribuir dessa forma para a melhoria contínua.

Segundo André e Rosa (1997), citados por Ribeiro *et al.* (2008) “ *por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar.*”; a qualidade na saúde pode ser definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente dos recursos, um mínimo de risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos clientes, considerando-se os valores sociais existentes (OMS,1981; Donabedian,1992), citados por Tronchin *et al.* (2006).



Considero que o parágrafo anterior aborda aspectos fundamentais, como o enfoque num exercício profissional de excelência (que é mais do que bom); o uso adequado dos recursos para que se tornem mais eficientes (e não apenas eficazes) diminuindo assim os gastos desnecessários; a questão da segurança dos clientes, em que refere que estes devem ser expostos ao menor risco possível e finalmente aborda a questão da satisfação, que considero ser aquilo que é expectável para cada um de nós, tendo em conta todos os nossos valores sociais e culturais presentes.

A concepção dos cuidados de enfermagem deverá, ter em conta, não só a resposta às reais necessidades em cuidados de saúde da população, mas também conseguir antecipar-se ao aparecimento dessas necessidades, fazendo-o de maneira a que consiga exceder as expectativas desses clientes, no sentido de atingir a excelência profissional.

Assim, foram definidos em 2001 pelo Conselho de Enfermagem da OE, Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, dada a necessidade de traçar um caminho que promova a contínua qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, o que envolve necessariamente uma reflexão sobre a prática.

Foi desta reflexão sobre a prática, que no decorrer deste estágio clínico, surgiram algumas considerações, essencialmente nas vertentes da segurança dos clientes e da continuidade dos cuidados, dois pilares fundamentais para conseguir cuidados de enfermagem de qualidade. Uma das reflexões que fiz firmou-se com a metodologia de trabalho em prática e com questões referentes à segurança dos clientes, tanto no SU como no SMI.

Como actividades a desenvolver no meu projecto de estágio, tinha a identificação da metodologia de trabalho em vigor nos locais onde iam decorrer. Após conversas informais com os meus tutores e depois de ter consultado o Documento Interno nº 879.1, em que se preconiza que, para a prestação de cuidados de enfermagem, o método de trabalho instituído seja o Individual com recurso à Enfermeira de Referência, verifiquei que tal não se aplicava na prática, pois o método em vigor, tanto no SU como no SMI, era essencialmente o Método Funcional (tarefa).

A partir desta constatação, mobilizei os conhecimentos adquiridos nas aulas de Gestão e fiz pesquisa bibliográfica no sentido de identificar e definir as metodologias de trabalho em enfermagem, tendo em conta os quatro elementos predominantes da qualidade, ligados à organização sistemática dos cuidados. Estes elementos foram definidos por Munson e Clinton (1979), citados por Costa, e são os seguintes:

- Totalidade;
- Imputabilidade;

- Continuidade;
- Coordenação.

Reflecti sobre as vantagens e desvantagens de cada uma das metodologias, para poder afirmar, baseada nos estudos consultados, qual dos métodos é considerado mais benéfico para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Na reflexão supracitada, e segundo os mesmos autores, considero que o método de trabalho que mais contribui para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, a qualidade de cuidados e satisfação dos clientes é o método de cuidados de enfermagem integrais, ou seja, o método de trabalho individual com recurso ao enfermeiro de referência, adoptado na instituição. Os enfermeiros têm maior satisfação no seu trabalho, porque assumem maior responsabilidade e autonomia, desempenhando funções específicas que lhes permitem uma relação mais próxima com os clientes e suas famílias. Esta autonomia tem uma relação directa, na forma como os clientes percebem os cuidados que os enfermeiros lhes prestam, sendo estes cuidados mais eficientes e eficazes.

De acordo com o ICN, citado por Nunes¹⁶ “...a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro) e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infraestruturas necessárias para o garantir.”

Tendo como ponto de partida o parágrafo anterior, teci algumas considerações relativamente à minha passagem pela Unidade Rápido Diagnóstico (URD) do SU, onde constatei situações que poderiam colocar em causa a qualidade dos cuidados de enfermagem aí prestados. Ora, se a segurança dos clientes é prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde, realizadas em benefício deles, detectei que dois aspectos poderiam estar a contribuir para o contrário, como por exemplo, a questão da sobrelotação da URD, que está preparada para receber um total de 10 clientes, mas pode facilmente ultrapassar esse número em muitos mais. Se assim é, como é que com o mesmo número de enfermeiros se vai conseguir ter qualidade na prestação de cuidados? Será fácil concluir que a qualidade dos cuidados vai concerteza diminuir e, por outro

¹⁶ Nunes, L. Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros, p.8



lado, a possibilidade de erros ou a ocorrência de eventos adversos¹⁷ vai aumentar. A incidência de efeitos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados, causa importante de sofrimento humano, que pode muitas vezes ser evitado.

Ainda relacionado com o problema da sobrelotação, surgem outras questões como a dificuldade em manter a privacidade dos clientes, pese embora todos os esforços que vi serem feitos, para proporcionar o mínimo de condições de privacidade aos clientes e família, foi quase impossível consegui-lo, quando existiam macas praticamente coladas umas às outras, levando ao não cumprimento do espaço mínimo recomendado entre camas/macass, que é de um metro e meio de separação¹⁸. Outro risco, que advém desta situação, é a contribuição para o aumento da taxa de infeções cruzadas, pelo não respeito da distância mínima entre clientes.

Esta minha preocupação foi transmitida à enfermeira responsável do SU, que reconheceu de facto que era uma situação problema, e que esperava que a curto prazo fossem feitas obras de remodelação do espaço, para permitir resolver esta situação. O ensino ao cliente/família, bem como aos colegas, sobre o correcto cumprimento das Precauções Básicas de Segurança e Higienização das Mãos, foram a meu ver fundamentais, para de alguma forma se evitasse o aumento da taxa de infeções cruzadas.

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é “... *uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade*”.¹⁹

A IACS, não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Estudos internacionais revelam que “... *cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis*”.²⁰ A capacidade de evitar essa quantidade de infeções pode e deve constituir um indicador da qualidade dos cuidados prestados

De acordo com a legislação vigente, todas as unidades de saúde, em Portugal, são obrigadas a nomear e operacionalizar as CCI, com o objetivo de implementar o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Julgo que nós,

¹⁷ “...um mal ou um dano causado pela gestão da condição ou da situação clínica de uma pessoa, por profissionais.” - Nunes, L.- Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros, p.8

¹⁸ Cf. Center for Diseases Control – *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings* – (em linha). CDC, 2007. (Consult. 02 Abril 2010). Disponível em www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_isolation_droplet.html

¹⁹ Direcção Geral de Saúde – Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, p. 4.

²⁰ Idem.



Enfermeiros, assumimos um papel central na promoção da segurança do doentes, pois somos aqueles, que no decorrer da nossa actividade profissional, mais tempo estamos junto dos clientes, numa função muito importante de vigilância e detecção precoce de eventuais complicações.

Mobilizei e coloquei em prática os conhecimentos teóricos das aulas de Controlo Infecção e consultei os protocolos e normas emitidas pela CCI da ULSM; cumpri sempre as Precauções Básicas de Segurança e implementei as medidas adicionais quando necessário, para prevenção das IACS.

Adoptei uma postura, não só de cumprimento dos procedimentos adequados, mas também de supervisão das normas e protocolos, mesmo em relação aos meus pares, pois verifiquei a existência de algumas dúvidas e incumprimento de algumas normas, como por exemplo, em relação à correcta triagem dos resíduos hospitalares e higienização das mãos. Esta situação problema foi identificada e comunicada aos enfermeiros responsáveis dos serviços que, prontamente se mostraram disponíveis a ouvir sugestões de melhoria e a pô-las em prática. Estou a referir-me em concreto aos cartazes sobre a triagem dos resíduos hospitalares e higienização das mãos, emitidos pelo Grupo de Gestão de Risco e pela CCI da ULSM, que foram afixados junto aos balcões de trabalho, para visualização de todos os enfermeiros e consulta em caso de dúvidas.

As Competências no Domínio da Melhoria da Qualidade, foram por mim adquiridas considerando que dei resposta e atingi os objectivos específicos propostos inicialmente, no sentido de:

- Proporcionar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Zelar pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na área de EEMC;
- Contribuir para a diminuição da taxa de incidência das IACS.

2.3 - Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro tem um papel preponderante e activo, quando adequa os recursos às necessidades, quando adopta um estilo de liderança situacional mais adequado à promoção de cuidados e quando supervisiona as tarefas delegadas garantindo a segurança e qualidade.

Numa primeira fase, procurei conhecer a estrutura física dos serviços, assim como os recursos humanos e materiais existentes, para tal foram importantes algumas indicações e orientações dadas pelos enfermeiros responsáveis e enfermeiros tutores do SU e SMI. Em simultâneo

identifiquei qual a metodologia de trabalho preconizada para cada serviço – Método Individual de Trabalho com recurso ao Enfermeiro de Referência. Apesar da metodologia de trabalho estar bem definida, esta não se cumpria na sua totalidade, havendo muitas vezes a opção pelo método de trabalho à tarefa.

Não me vou alongar muito mais sobre esta temática, porque já o fiz no subcapítulo dedicado às Competências no Domínio da Melhoria da Qualidade, no sentido de descrever os diversos métodos de trabalho em enfermagem, mostrando quais as vantagens/desvantagens de cada um deles. De acordo com Pinheiro (1994) e, reafirmando também a minha opinião, acredito que o Método Individual de Trabalho é aquele que melhor permite a continuidade, a totalidade, a responsabilização e a reflexão sobre os cuidados prestados.

Uma vez mais, a mobilização dos conhecimentos teóricos das aulas de Gestão e de Supervisão Clínica foram postos em prática, quando pude observar e acompanhar os enfermeiros responsáveis na supervisão de cuidados dos seus pares, bem como na supervisão de tarefas delegadas aos assistentes operacionais, ainda colaborei com a enfermeira tutora, no SU, na auditoria aos planos de higienização referentes ao primeiro trimestre do ano de 2010, bem como na elaboração de planos de trabalho de enfermagem e assistentes operacionais.

Colaborei com o enfermeiro responsável do SMI na auditoria aos registos de enfermagem no SAPE, que são realizadas mensalmente a 40% dos doentes internados, com o objectivo de verificar se os parâmetros obrigatórios que devem constar na Avaliação Inicial dos doentes estão presentes e avaliar também se nos planos de trabalho existem ou não actividades por registar. Esta medida visa promover a melhoria da qualidade dos registos de enfermagem.

Através das actividades descritas anteriormente consegui adquirir e desenvolver Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados e assim foram atingidos os objectivos específicos, previamente planeados:

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC;
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC.

Não foi possível, em ambos os módulos de estágio, atingir o objectivo específico: Colaborar na integração de novos profissionais, pois durante esse período não foi admitido nenhum enfermeiro de novo para os serviços de urgência e medicina intensiva.

2.4 – Competências no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Vivemos numa época de rápidas mudanças, em que a desactualização de conhecimentos e técnicas, tem um potencial muito grande de vir a acontecer. Após a formação inicial, é dever de todos os enfermeiros manter a actualização contínua dos conhecimentos, conforme diz a anílea c), do Artigo 88º do CDE - Da Excelência do Exercício²¹, em que “*O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:*

c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

O dever de actualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios, na procura permanente da excelência no exercício profissional. Acrescento ainda e de acordo com Vieira (2008) que “*Um corpo crescente de investigadores em todo o mundo, dará à profissão a base científica que lhe permitirá fundamentar cada vez mais as suas práticas.*”²²

Com a colaboração da enfermeira responsável pela formação em serviço do SU, pude consultar o plano de formação para o ano de 2010 e falar com ela sobre outras necessidades formativas; referiu que o plano de formação para 2010 estava demasiado compacto, pelo que seria difícil acrescentar mais horas de formação ao plano já estabelecido, contudo e como veio a acontecer, ficou em aberto a possibilidade de fazer pequenos momentos formativos durante as passagens de turno, por exemplo.

Na sequência da prestação de cuidados, na sala de emergência, foi detectada uma necessidade de formação dos profissionais, relativamente à manipulação dos cateteres venosos centrais de hemodiálise. Tendo em conta a necessidade diagnosticada, foi desenvolvido um trabalho (Anexo 1), em conjunto com dois colegas que realizaram o mesmo estágio, com dois objectivos principais, sendo eles uniformizar o procedimento de manipulação do catéter venoso central de hemodiálise, bem como estimular a prática profissional baseada na evidência.

Consegui apresentar um total de quatro sessões formativas, nos moldes já descritos, sentindo por parte dos enfermeiros do serviço grande receptividade e interesse pelo tema, tendo todos de uma maneira geral, considerado que foi pertinente e de alguma forma útil. Como resultado desta actividade, pensei elaborar e propor ao Gabinete da Qualidade da ULSM, a publicação

²¹ Germano, A. et al. 2003. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, p. 99.

²² Vieira, M. (2008). Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência, 2ª Edição. Universidade Católica Editora, Lisboa, 158 p.

de um Procedimento de Instrução, sobre a manipulação e execução do penso ao local de inserção do cateter de hemodiálise, uma vez que não existe nenhum documento publicado sobre este assunto.

Em conjunto, com os mesmos colegas, elaborei dois cartazes, cujos títulos foram: “ O enfermeiro na abordagem ao doente com Sepsis” (Anexo 2) e “ O enfermeiro na abordagem ao doente submetido a Cateterismo Cardíaco” (Anexo 3). Junto ainda em anexos as fundamentações teóricas e os diapositivos das apresentações, dos referidos trabalhos.

Ainda no SU participei, enquanto formanda, numa acção de formação cujo tema foi “Pace-maker Cardíaco”, que foi muito importante para mim, por terem sido abordadas entre outras questões, as que se relacionam com o ensino ao cliente e família no período pós colocação do pace-maker, actividade esta fundamental, para a continuidade de cuidados de enfermagem no período pós alta.

No SMI, após conversas informais com o enfermeiro responsável do serviço, verifiquei que existia um plano de formação para 2010, mas que não estava a ser posto em prática, devido à actual conjuntura de pós mudança de instalações e ainda alguma instabilidade da equipa de enfermagem. No entanto, resultante dessas conversas, surgiu a ideia de desenvolver um trabalho sobre o Sono, no sentido de aprofundar conhecimentos e reflectir sobre os cuidados de enfermagem que são prestados aos clientes que estão internados neste serviço, e lhes proporcionar um padrão de sono adequado.

Tendo em conta a necessidade diagnosticada, e após pesquisa bibliográfica, elaborei e apresentei uma sessão de formação sobre o Sono (Anexo 4) aos enfermeiros do serviço, que consideraram o tema tanto actual como pertinente e, como tal, participaram de forma activa e interessada no dia da apresentação. No final da exposição ficou a intenção de aprofundar este assunto e, quem sabe, desenvolver um trabalho de investigação para averiguar a qualidade do sono dos clientes, internados nesta unidade de cuidados intensivos.

No projecto de Estágio, inicialmente planeado, propus-me colaborar com a equipa multidisciplinar, em estudos de investigação que estivessem a decorrer durante o período de aprendizagem, para poder dar resposta ao objectivo específico: Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC. Contudo, este objectivo não foi possível concretizar, uma vez que não se encontravam em curso nenhum projecto ou trabalho de investigação, nos dois serviços onde decorreram os estágios.

Considero, no entanto, que as Competências no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, foram adquiridas, uma vez que dei resposta e atingi a maioria dos objectivos específicos propostos inicialmente, no sentido de:



- Identificar as necessidades formativas na área da EEMC;
- Promover a formação em serviço na área da EEMC;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas foram a meu ver totalmente cumpridos;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

2.5 - Competências no Domínio da Prestação de Cuidados Especializados

É esperado que o enfermeiro especialista, considerando a complexidade das situações e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, mobilize conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil de forma holística. Deverá também maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo das IACS, demonstrando conhecimentos sobre o Plano Nacional de Controlo e Infecção e fazendo cumprir os procedimentos estabelecidos pela CCI.²³

Ao longo deste ensino clínico, o meu foco de atenção foi sobretudo para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, constituindo assim, o cerne de toda a actividade desenvolvida.

Trabalhei em estreita colaboração com os enfermeiros tutores, na prestação de cuidados de enfermagem, ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica, onde senti que houve uma boa mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática, nomeadamente das aulas teórico-práticas da EEMC, de forma a conseguir estabelecer prioridades e dar resposta em tempo útil.

Ainda assim, senti necessidade de realizar várias pesquisas bibliográficas sobre determinadas patologias e medicação em uso nos serviços que, tendo em conta a minha experiência profissional, não conhecia.

A revisão bibliográfica foi também importante para a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem e posterior elaboração dos planos de cuidados, motivo pelo qual

²³ Conselho de Enfermagem (2009), p. 41-43.



apresento em anexo uma revisão bibliográfica sobre a Hipertensão Intracraniana (Anexo 5) e um Estudo de Caso sobre um cliente com o diagnóstico de TCE (Anexo 6).

A realização destes dois trabalhos, deveu-se ao facto de verificar que a Hipertensão Intracraniana é uma situação que ocorre com bastante frequência nos clientes admitidos no SMI e o Estudo de Caso teve dois objectivos fundamentais, por um lado, responde a um dos objectivos planeados para este estágio e, por outro, serviu como resposta a um desafio colocado inicialmente pelo enfermeiro responsável do serviço, que tinha a ver com a documentação e a conceptualização dos cuidados de enfermagem, tendo em conta a CIPE e o SAPE. A partir da construção deste trabalho surgiram vários momentos de discussão e reflexão sobre a prática e planeamento de cuidados.

Pude verificar que, com o decorrer deste estágio (SMI), houve uma melhoria na documentação dos cuidados de enfermagem, permitindo dar maior visibilidade dos cuidados prestados, que são de grande qualidade, e que não estavam a ser devidamente valorizados. Por outro lado, a melhoria na documentação ajuda à continuidade dos cuidados de enfermagem em situações em que os doentes são transferidos, por exemplo para outro serviço de internamento da instituição.

Através das actividades descritas anteriormente consegui adquirir e desenvolver Competências no Domínio da Prestação de Cuidados Especializados e assim foram atingidos os objectivos específicos, previamente planeados:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;



- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.



3- CONCLUSÃO

Os enfermeiros estão cada vez mais empenhados a progredir, no sentido de prestar cuidados de alta qualidade, que respondam às necessidades da sua população alvo. Esta prática profissional deve ser constantemente questionada, numa atitude crítico-reflexiva, para podermos tomar decisões baseadas na melhor evidência disponível. O que se espera dos profissionais é a prática de uma Enfermagem Avançada, ou seja, uma prática baseada na evidência.

Contudo, nem todos apresentamos os conhecimentos e as competências necessárias para o fazer. Foi por considerar que fazia parte desse grupo, que decidi investir no meu enriquecimento profissional e pessoal, candidatando-me à frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para adquirir e aprofundar competências no âmbito da minha prática profissional. Na procura da excelência no exercício profissional, iniciei esta caminhada, para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem.

Após um período de aprendizagem de predomínio teórico seguiu-se outro de carácter prático, que decorreu nos serviços de Urgência e Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano. Os estágios clínicos, são um momento fundamental que permitem aos alunos a articulação entre a teoria e a prática. Segundo Alarcão & Rua (2005) *“Neste ambiente formativo é suposto que o aluno desenvolva atitudes e processos de auto-regulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interacção com situações reais em contextos diferenciados.”*, com o objectivo de *“...desenvolver capacidades, atitudes e competências”*.

Para além das competências que detinha como enfermeira de cuidados gerais, pretendia agora promover o meu desenvolvimento profissional, com o objectivo de adquirir competências específicas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, para responder às necessidades de saúde da Pessoa/Família de forma holística.

A aquisição dessas competências foi em vários domínios desde a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e finalmente a prestação de cuidados especializados. Este processo de aprendizagem foi acontecendo, ao longo dos dois estágios,



à medida que fui desenvolvendo as actividades inicialmente planeadas, para dar resposta aos vários domínios de competências.

Considero que a reflexão crítica sobre os problemas da prática profissional, associados à prestação de cuidados de enfermagem, constituíram os alicerces de todo este processo, tendo vivido experiências profissionais muito variadas e enriquecedoras, que fizeram com que crescesse tanto a nível profissional como humano, permitindo agora encarar a profissão com uma visão mais alargada, nomeadamente na gestão de situações de crise, na integração de equipas multidisciplinares, na avaliação de aspectos organizativos dos serviços e instalações, no empenho em trabalhos de investigação ou em projectos de formação.

Concluído este trabalho, considero que, no que respeita aos objectivos inicialmente definidos, os mesmos foram atingidos de forma satisfatória e assim estar apta a prestar cuidados de enfermagem especializados na área da enfermagem Médico-Cirúrgica.

Contudo, foram algumas as dificuldades sentidas, que se prenderam essencialmente com factor tempo e novidade na realização deste tipo de documento. No entanto, estas dificuldades foram colmatadas da melhor forma possível, dentro das circunstâncias existentes, considerando-as inerentes à nossa aprendizagem e fortalecimento.

Penso que algumas das vezes poderia ter tomado mais a iniciativa de efectuar críticas ou dar sugestões para mudar práticas, no entanto, de forma a não ferir susceptibilidades não o fiz tanto quanto desejava. Todas as actividades por mim desenvolvidas tiveram sempre por linha orientadora bases científicas e o cumprimento dos deveres inerentes ao Código Deontológico do Enfermeiro.

Espero que este relatório consiga representar da melhor forma possível o percurso realizado e que tenha sido de fácil leitura.



4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS

- ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília - Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Revista Texto & Contexto Enfermagem [Online], 14(3):373-382. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300008&script=sci_arttext&tlng=e [data da visita: 11/05/2010].
- BARBIER, Jean-Marie - Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto Editora, Porto, 238 pps; 1993.
- BERNARDES, C., MIRANDA, F. - Portefólio: Uma Escola de Competências. Porto Editora, Porto, 128 pps, 2009.
- BORGES, Manuela - Actividade do Enfermeiro de Referência. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2009.
- CENTER FOR DISEASES CONTROL. 2007."Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings". Disponível: www.cdc.gov/ncidod/dhgp/gl_isolation_droplet.html [data da visita: 02/02/2010].
- COLLIÈRE, M.F.- Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 1999.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM - Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2001.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM - Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2003.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM. - Caderno Temático : Sistema de Individualização das especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2009.
- COSTA, José - Métodos de Prestação de Cuidados. Disponível: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf> [data da visita: 10/11/2010].



- CUNHA, Luísa.; PEREIRA, Adelina. - Regulamento do Serviço de Emergência. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2008.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - “Carta dos Direitos do Doente Internado”. Disponível: www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/006779.pdf ; [data da visita: 11/01/2010].
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Plano nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Disponível: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf> [data da visita:15/01/2010].
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. - Recomendações para controlo do ambiente – princípios básicos. Disponível: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008551.pdf [data da visita:15/03/2010].
- FERREIRA, Amélia. - Funções Específicas dos enfermeiros do DCI. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2008.
- GERMANO, A. et al. - Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- KRON, T. e GRAY, A. - Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança .Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.
- LOPES, N. - Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. Enfermagem 6: 34- 39, 1995.
- MILHOLLAND DK. - Privacy and confidentiality of patient information:. Challenges for Nursing. Journal of Nursing Administration. [Em linha] [Consult. 20 Nov. 2010]. Disponível Internet:<URL:http://journals.lww.com/jonajournal/Citation/1994/02000/Privacy_and_Confidentiality_of_Patient.8.aspx>.
- MUNSON, F. e CLINTON, J. - Defining Nursing Assignment Patterns. Nursing Research: 28: 243- 247, 1979.
- NUNES, Lucilia - Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. Disponível:http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuidados%20seguros_LN.pdf [data da visita:15/03/2010].

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Um novo modelo de desenvolvimento profissional - Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem - Um projecto em marcha - Implementação dos Padrões de Qualidade. Revista Ordem dos Enfermeiros. 2007.
- PEREIRA, Filipe - Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Disponível: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf> [data da visita: 15/03/2010].
- PHANEUF, Margot - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005.
- PINHEIRO, M. - Organizar a prestação de cuidados: Uma função/ desafio para o enfermeiro chefe. Servir 42: 311- 319, 1994.
- DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril;
- DECRETO-LEI nº 247/2009 de 22 Setembro.
- DECRETO-LEI nº178/2006. DR 1ª série – A Nº 205 (05-09-06).
- PUPULIM, Jussara - O cuidado em Enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. [Consult. 21 Nov. 2010]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13353.pdf>.
- RIBEIRO, Olivério et al. - Qualidade dos cuidados de saúde. Revista do ISPV: 35, 2008.
- SILVA, Abel - Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir 55: 11-20; . 2007.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Disponível: <http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17> [data da visita:15/09/2010].

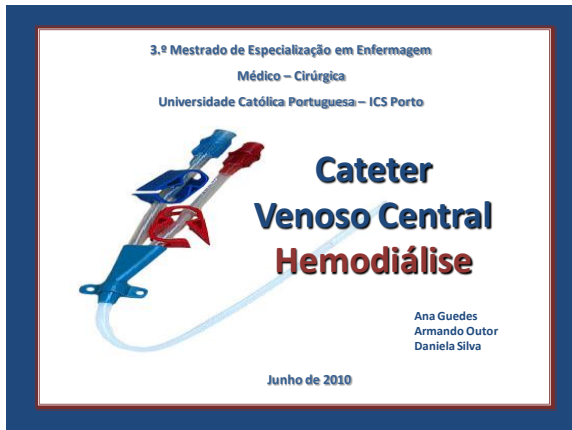


- TRONCHIN, Daisy; MELLEIRO, Marta; MOTA, Nancy - Indicadores de qualidade enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do “ Programa de Qualidade Hospitalar. Revista O Mundo de São Paulo 30: 300-305, 2006.
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS. Disponível: [http:// www.ulsm.min-saude.pt/homepage.aspx](http://www.ulsm.min-saude.pt/homepage.aspx) [data da visita: 10/04/2010].
- VALLERAND, A.; DEGLIN, J. - Guia Farmacológico para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 2003.
- VIEIRA, Margarida - Ser Enfermeiro : Da Compaixão à Proficiência. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.
- WILSON, J. - Controlo de Infecção na Prática Clínica, 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1

“Cateter Venoso Central Hemodiálise”



Objectivos

- Uniformizar procedimento de manipulação do Catéter Venoso Central de Hemodiálise;
- Estimular a prática profissional baseada na evidência.



Introdução

A hemodiálise é um tratamento amplamente utilizado no tratamento da Insuficiência Renal Crónica (IRC) ou em situações de agudização da patologia renal.

Para a realização deste tratamento é necessário que existam acessos vasculares, sendo um deles o catéter venoso central percutâneo de duplo lúmen (não tunelizado).



Indicações do Cateter

- É uma opção de acesso venoso central rápida, segura, urgente e temporária para realização de hemodiálise por períodos curtos de tempo (cerca de três semanas), enquanto ocorre a maturação do acesso venoso definitivo – Fístula Artério-venosa (FAV).



Tipos

Temporários

Quando é necessário um acesso urgente para hemodiálise e se prevê um tempo curto de utilização (IRA, IRC com falência do acesso definitivo).

Longa Duração

Em doentes sem possibilidade de outro tipo de acesso ou naqueles que aguardam maturação da (FAV).



Locais de Inserção

Os catéteres venosos centrais, para hemodiálise podem ser inseridos em 3 grandes veias centrais:

- Jugular
- Subclávia
- Femoral

A veia jugular interna direita é a escolha de eleição.



Manipulação do catéter

Qualquer catéter venoso central é uma excelente porta de entrada de microorganismos;

A manipulação destes, deve ser evitada ao máximo;

Quando necessário deve ser feita com técnica asséptica.



Manipulação do catéter

Estudos demonstram que a infecção (no local de inserção ou corrente sanguínea) é a complicação mais frequente associada ao uso dos catéteres de hemodiálise.



Manipulação do catéter

Como **factores de risco** associados podemos identificar:

- A condição clínica do doente
- O tipo de catéter usado
- O tempo de permanência dos catéteres
- As excessivas e inadequadas manipulações dos catéteres



Manipulação do catéter

A transmissão de microorganismos pelas mãos da equipa de saúde é a mais importante via de contaminação sendo crucial cumprir e respeitar aspectos básicos relacionados com a **higienização das mãos**, antes de qualquer procedimento relacionado com a manipulação dos catéteres de hemodiálise.



Procedimento

REALIZAÇÃO DE PENSO DO LOCAL DE INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL



Material Necessário

- ✓ Máscaras (utente e enfermeiro)
- ✓ Luvas não esterilizadas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Kit de Pensos
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Álcool 70°, Clorhexidina®2% ou Cutasept®;
- ✓ Soro Fisiológico (SF)
- ✓ Tegaderm (membrana adesiva IV3000 10x12)



Procedimento

- Colocar a máscara (enfermeiro e utente)
- Retirar penso anterior, usando as luvas não esterilizadas;
- Abrir Kit de pensos
- Calçar luvas esterilizadas
- Colocar campo esterilizado



Procedimento(cont.)

- Observar o local de inserção do catéter para avaliação de sinais inflamatórios (por ex. rubor, exsudado).
- Palpar o local de inserção para avaliar se o doente tem dor.



Procedimento(cont.)

- Colher uma zaragatoa, se no local de inserção do catéter existir presença de exsudado;
- Lavar com SF se presença de sangue;

Nota: Evitar movimentos de tracção/rotação do catéter que possam levar ao aparecimento de traumatismos e aumentar assim o risco de infecção;



Procedimento

- Desinfectar o local de inserção do catéter, com Cutasept®, usando movimentos circulares do centro para a periferia;
- Aguardar o tempo de actuação dos produtos usados, deixando-os secar.



Procedimento

- Colocar compressas esterilizadas sobre o local de inserção do catéter, e também ao longo deste, para prevenir que resíduos de cola adiram ao próprio catéter
- Colocar Tegaderm®

O penso do catéter deve ser feito em cada sessão de hemodiálise ou em SOS, usando sempre a técnica asséptica.



Procedimento

COLHEITA DE SANGUE OU ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA, A PARTIR DO CATETER VENOSO CENTRAL DE HEMODIÁLISE



Procedimento

A manipulação do catéter de hemodiálise, para colheita de sangue ou administração de terapêutica, **deve ser feita apenas como último recurso quando não existem outras vias de acesso.**



Material Necessário

- ✓ Máscaras (utente e enfermeiro)
- ✓ Luvas não esterilizadas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Campo esterilizado com óculo
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Álcool 70°, Clorohexidina® a 2% ou Cutasept®



Material Necessário (CONT.)

- ✓ Soro Fisiológico (SF)
- ✓ Tegaderm (membrana adesiva IV3000 10x12)
- ✓ Heparina
- ✓ 2 Seringas de 5cc
- ✓ 1 Seringa de 10cc
- ✓ Seringa para a colheita de sangue, se for o caso



Procedimento

- Colocar máscara (enfermeiro e doente)
- Calçar luvas esterilizadas
- Colocar campo com óculo, de forma a que as extremidades do catéter fiquem sobre ele



Procedimento

- Lavar com SF e desinfetar com álcool 70° a extremidade a usar
- Clampar a via que vai ser manipulada e retirar a tampa
- Adaptar a seringa de 5cc e de seguida desclampar a via



Procedimento

- Aspirar e rejeitar a quantidade de sangue/heparina que está inscrita no próprio lúmen, acrescentando mais 0,2cc ao valor referido (se no lúmen do catéter não houver referência ao volume a aspirar devem ser retirados pelo menos 3cc de sangue/heparina)
- Retirar a quantidade de sangue necessária para as colheitas ou administrar a terapêutica pretendida.



Procedimento

- Lavar a via utilizada com 10 cc de SF
- Heparinizar o catéter com 2,2 cc ou 3 cc de heparina pura, conforme valor indicado pelo catéter

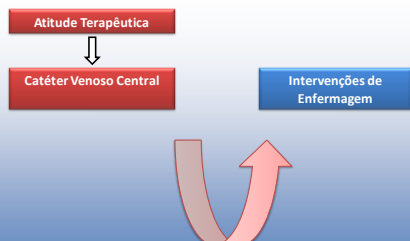


Procedimento

- Clampar o ramo que foi usado e adaptar a tampa
- Realizar penso ao catéter segundo procedimento



Plano de Cuidados



Atitudes Terapêuticas Prescritas

Atitude Terapêutica	Início		Tempo		Dias
	hora	hora	hora	hora	
DIETA (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.30	15:25			
PESQUISA Glicemia Capilar	2010.05.30	15:25			
MONITORIZAÇÃO DE ECO2/FC/FR,SAO2	2010.05.30	15:25			
OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.30	15:25			
CATETERISMO CENTRAL	2010.05.30	00:54			
OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL 2L/MIN	2010.05.31	10:18			
OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.31	10:18			

Horário

de x em x horas hora fixa dia(s) e turno(s) fl...
 dia(s) e hora(s) fixa... agora por turnos
 de x em x dias S.O.S turno Fluxo

Observações:
Femural direita (para HD)

Nº Internamento: Data/Hora Entrada: 2010/05/30 - 00:04 horas Nº Cama: 015

Intervenções

Incentivar a pessoa a posicionar-se
Trocar dispositivos de inaloterapia
Assistir a pessoa no posicionamento
Otimizar a ventilação através de técnica d
Vigiar a respiração
Monitorizar peso corporal
Aplicar creme
Executar tratamento ao local de inserção d

Andra Matias Maciel

Horário

sem horário de x em...
 de x em x horas S.O.S
 dia(s) e hora(s) fix... Turno Fixo
 dia(s) e turno(s) fl... hora fixa
 Agora

Nº Internamento: Serviço: MEDICIN

Intervenções do Serviço

Ferimentos e ATITUDES TERAP CATETERISMO CENTRAL

Colaborar na colocação de cateter central
Executar tratamento ao local de inserção do cateter
Otimizar cateter central
Remover cateter venoso central
Trocar dispositivos de perfusão
Vigiar penso de cateter
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter

Seleção: Sugeridas Todas Pesquisar

Descrição
Colaborar é um tipo de Relacionar com as características específicas: Trabalhar em conjunto com alguém.



Questões





Bibliografia

- FERREIRA, V. et al. *Infecção em pacientes com cateter temporário duplo-lúmen para a hemodiálise*. Revista Panamericana de Infectologia. 2005. pp:16-21.
- FERREIRA, V.; ANDRADE, D. *Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade*. Revista de Medicina – Ribeirão Preto, 2007. pp:582-588.
- ANDRADE, G et al. *Manejo dos cateteres de hemodiálise: papel dos procedimentos intervencionistas*. Jornal Brasileiro de Nefrologia. Vol. XXVII, 2005. pp: 150-156.
- UNINEFRO,SA – *Manual de normas e procedimentos técnicos de enfermagem*.2008.



Cateter Venoso
Central
Hemodiálise

OBRIGADO!

PLANO DE SESSÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO:

Tema da sessão: Cateteres Venosos Centrais de Hemodiálise

Objectivos:

1 - Uniformizar procedimento de manipulação do Catéter Venoso Central de Hemodiálise

2 - Estimular a prática profissional baseada na evidência.

Data e hora: 11-06-2010 às 14h; 14-06-2010 às 8h; 17-06-2010 às 8h.

Local: Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano

Destinatários: Enfermeiros

Formadores: Ana Guedes, Armando Outor, Daniela Silva

Duração: 10 minutos

ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS:

	Conteúdos	Metodologia	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">◆ Apresentação do tema;◆ Objectivos do trabalho;	Expositiva	PC	2 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">◆ Rever conceitos-chave sobre cateteres venosos centrais de hemodiálise e manipulação do mesmo;◆ Apresentar procedimentos de:<ul style="list-style-type: none">■ Realização do penso ao local de inserção do cateter;■ Colheita de sangue e/ou administração de fármacos por esta via.◆ Reflectir sobre a documentação dos cuidados de enfermagem.	Expositiva	PC	6 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">◆ Resumo de ideias;◆ Clarificação de dúvidas.	Expositiva	PC	2 min.

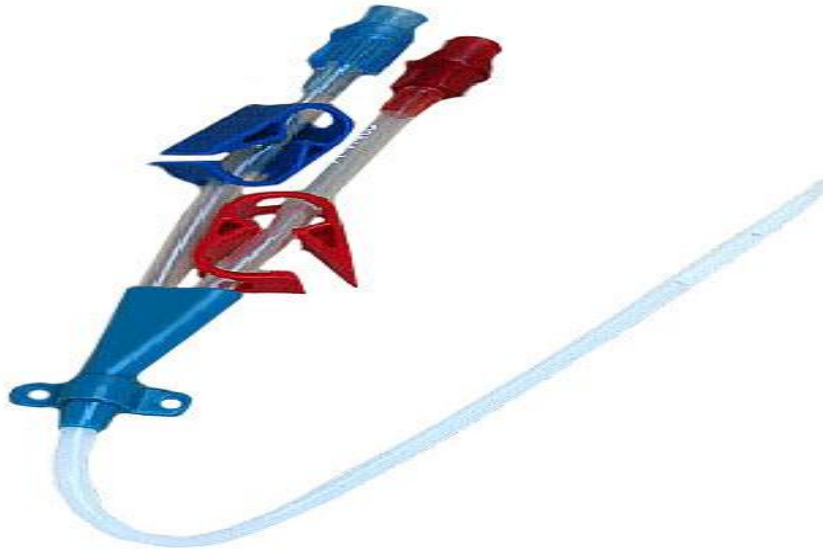
Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Universidade Católica Portuguesa – ICS Porto

Unidade Curricular: Estágio – Módulo Urgência

Catéter Venoso Central

Hemodiálise



Trabalho elaborado por:

Ana Guedes

Armando Outor

Daniela Silva

Junho de 2010



Índice

1. Introdução.....	3
2. Catéter Venoso Central de Hemodiálise.....	4
2.1.Locais de inserção.....	4
2.2.Manutenção do Catéter e do local de inserção.....	5
2.2.1. Realização do penso do local de inserção do catéter.....	6
2.2.2. Colheita de sangue ou administração de terapêutica, a partir do catéter venoso central de hemodiálise.....	8
3. Documentação dos Cuidados.....	10
4. Conclusão.....	13
5. Bibliografia.....	14



I. INTRODUÇÃO

Na sequência da prestação de cuidados na sala de emergência do Hospital Pedro Hispano no contexto do estágio do Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica detectámos (os 3 alunos neste campo de estágio) necessidade de formação dos profissionais acerca da manipulação dos cateteres venosos centrais de hemodiálise.

Tendo em conta a necessidade diagnosticada elaboramos o presente trabalho com dois objectivos principais, sendo eles uniformizar o procedimento de manipulação do catéter venoso central de hemodiálise, bem como estimular a prática profissional baseada na evidência.

O trabalho é constituído por uma breve abordagem aos tipos de catéter de hemodiálise, seus locais de inserção e considerações acerca do controlo de infecção e pelos procedimentos de: realização de penso ao local de inserção do catéter venoso central e colheita de sangue ou administração de terapêutica, a partir do catéter venoso central de hemodiálise.

Para finalizar é realizada uma exemplificação da documentação destes cuidados de acordo com a linguagem classificada CIPE® e mais precisamente recorrendo à aplicação informática SAPE®, bem como uma pequena reflexão sobre o processo de enfermagem.



2. CATÉTER VENOSO CENTRAL DE HEMODIÁLISE

A hemodiálise é um tratamento amplamente utilizado no tratamento da Insuficiência Renal Crónica (IRC) ou em situações de agudização da patologia renal. Para a realização deste tratamento é necessário que existam acessos vasculares, sendo um deles o catéter venoso central (CVC) percutâneo de duplo lúmen (não tunelizado) (Ferreira, 2005).

O CVC é uma opção de acesso venoso central rápida, segura, urgente e temporária para realização de hemodiálise por períodos curtos de tempo (cerca de três semanas), enquanto ocorre, por exemplo, a maturação do acesso venoso definitivo – Fístula Arterovenosa (FAV).

Deste modo o CVC pode ser temporário quando é necessário um acesso urgente para hemodiálise e se prevê um tempo curto de utilização (IRA, IRC com falência do acesso definitivo) ou de longa duração em doentes sem possibilidade de outro tipo de acesso ou naqueles que aguardam a maturação da FAV (Ferreira, 2007).

2.1. Locais de Inserção

Os catéteres venosos centrais são habitualmente inseridos nas veias subclávia, jugular ou femoral, podendo, ainda, ser inseridos periféricamente através das veias cefálica ou basílica até à veia cava superior.

O local em que cada catéter é colocado influencia o risco de infecção subsequente, deste modo deverão ser tidos em conta vários factores na escolha do local de inserção do mesmo, tais como:

- ✓ Conforto do doente, segurança e manutenção da assepsia;
- ✓ Factores específicos do doente (como por exemplo: catéteres pré-existentes, deformações anatómicas, diátese hemorrágica, algumas modalidades ventilatórias com pressão positiva, etc.);
- ✓ Riscos relativos a complicações mecânicas (isto é, hemorragias, pneumotórax, trombose, etc.)
- ✓ Risco de infecção (devido à densidade da flora da pele no local de inserção) (Ministério da Saúde, 2006)

No que se refere ao controlo de infecção a via preferível em adultos seria a veia subclávia, no entanto, há que ter em conta os outros factores, nomeadamente o potencial de complicações



mecânicas, o risco de estenose da veia subclávia e a perícia do profissional que insere o catéter.

Os catéteres inseridos na veia jugular estão relacionados com maior risco de infecção do que os catéteres inseridos na veia subclávia e/ou femoral.

A via femoral apresenta uma elevada colonização e deve ser evitada tanto quanto possível, principalmente em adultos devido ao elevado risco de trombose venosa profunda.

Os catéteres para diálise deverão ser inseridos na jugular ou femoral em vez da subclávia para evitar a sua estenose (Ministério da Saúde, 2006).

2.2. Manutenção do Catéter e do local de inserção

Em comparação com os catéteres venosos periféricos os CVC constituem um risco significativamente maior no que concerne ao desenvolvimento de infecções, desta forma torna-se crucial o uso eficaz e eficiente do maior número de barreiras possíveis para o controlo. O uso de máscara, barrete, bata, luvas esterilizadas e campo esterilizado proporciona uma redução significativa na incidência de infecções relacionadas com o catéter (Ministério da Saúde, 2006).

Os microorganismos que rodeiam as conexões dos catéteres são os principais agentes etiológicos da infecção, pelo que o Programa Nacional De Controlo De Infecção prevê recomendações acerca dos produtos indicados para antissépsia do local de inserção e desinfecção do mesmo. Existem no mercado inúmeros produtos, no entanto, a sua utilização deve ter em conta não só o seu espectro, como também o seu tempo de actuação. As soluções antissépticas de base alcoólica são as mais aconselhadas em toda a bibliografia, na medida em que combinam os benefícios de rapidez de acção com a actividade residual e o espectro bacteriano (idem).

Existem dois tipos de pensos aplicados no local de inserção do CVC: os pensos transparentes (de poliuretano semi-permeável) e os de gase (compressa com banda adesiva), sendo ambos permeáveis a vapor de água e estéreis, permitem a manutenção de um ambiente limpo e seco no local de inserção. No entanto, os pensos transparentes apresentam algumas vantagens como a possibilidade de visualizar continuamente o local de inserção, o que permite a detecção precoce de sinais inflamatórios, o facto de não se saturarem com o banho requerendo mudanças menos frequentes.



Os pensos de gaze podem ser preferidos no caso de sudação frequente ou hemorragia do local de inserção. Desde que mantidas as normas de boa prática não há diferenças significativas no que se refere à incidência de infecções em ambos os tipos de penso (ibidem).

Os pensos transparentes devem ser substituídos de acordo com o fabricante, cada 3 – 7 dias dependendo das suas características e cada 2 dias caso se trate de pensos de gaze. Caso o penso se apresente molhado ou repassado terá que ser substituído tão rapidamente quanto possível. No caso do catéter de hemodiálise o penso será realizado a cada tratamento ou caso se verifique uma das situações anteriormente referidas (ibidem).

A transmissão de microorganismos pelas mãos da equipa de saúde é a mais importante via de contaminação sendo crucial cumprir e respeitar aspectos básicos relacionados com a higienização das mãos (quer se utilize sabão antisséptico e água quer se utilizem soluções ou gel de base alcoólica), antes e após qualquer procedimento relacionado com a manipulação dos catéters de hemodiálise (aquando da palpação do local de inserção, realização do penso, administração de fármacos, etc.). A palpação do local de inserção deve ser efectuada preferencialmente através do penso intacto, caso se efectue após remoção do penso deverá ser anterior à antissépsia da região (ibidem).

Se o doente desenvolve hiperestesia no local de inserção, febre sem outra fonte de infecção óbvia ou sintomas sugestivos de infecção local ou sistémica, o penso deve ser removido para permitir um exame detalhado do local de inserção (Carpenito, 2002).

2.2.1. Realização do penso do local de inserção do catéter

Material Necessário

- ✓ Máscaras (utente e enfermeiro), barrete e touca (enfermeiro);
- ✓ Luvas não esterilizadas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Kit de Pensos
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Álcool 70°, Clorhexidina 2%® ou Cutasept®;
- ✓ Soro Fisiológico (SF)
- ✓ Tegaderm® (membrama adesiva IV3000 10x12)



Procedimento

- ✿ Colocar a máscara (enfermeiro e utente), vestir bata e colocar barrete;
- ✿ Retirar penso anterior, usando as luvas não esterilizadas;
- ✿ Desinfectar as mãos com solução alcoólica;
- ✿ Abrir Kit de pensos;
- ✿ Calçar luvas esterilizadas;
- ✿ Colocar campo esterilizado;
- ✿ Observar o local de inserção do catéter para avaliação de sinais inflamatórios (por ex. rubor, exsudado).
- ✿ Colher uma zaragatoa, se no local de inserção do catéter existir presença de exsudado;
- ✿ Palpar o local de inserção para avaliar se o doente tem dor;
- ✿ Lavar com SF se presença de sangue (evitando movimentos de tracção/rotação do catéter que possam levar ao aparecimento de traumatismos e aumentar assim o risco de infecção);
- ✿ Desinfectar o local de inserção do catéter, com Cutasept® (antisséptico com melhor desempenho para antissépsia da pele), usando movimentos circulares do centro para a periferia;
- ✿ Aguardar o tempo de actuação dos produtos usados, deixando-os secar.
- ✿ Colocar compressas esterilizadas sobre o local de inserção do catéter, e também ao longo deste, para prevenir que resíduos de cola adiram ao próprio catéter
- ✿ Colocar Tegaderm®
- ✿ O penso do catéter deve ser feito em cada sessão de hemodiálise ou em SOS, usando sempre a técnica asséptica (UNINEFRO, 2008; Ministério da Saúde, 2006).



2.2.2. Colheita de sangue ou administração de terapêutica, a partir do cateter venoso central de hemodiálise

A manipulação do catéter de hemodiálise, para colheita de sangue ou administração de terapêutica, deve ser feita apenas como último recurso quando não existem outras vias de acesso.

Material Necessário

- ✓ Máscaras (utente e enfermeiro)
- ✓ Luvas não esterilizadas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Campo esterilizado com óculo
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Álcool 70°, Clorohexidina® a 2% ou Cutasept®
- ✓ Soro Fisiológico (SF)
- ✓ Tegaderm (membrama adesiva IV3000 10x12)
- ✓ Heparina
- ✓ 2 Seringas de 5cc
- ✓ 1 Seringa de 10cc
- ✓ Seringa para a colheita de sangue, se for o caso

Procedimento

- ✿ Colocar máscara (enfermeiro e doente)
- ✿ Calçar luvas esterilizadas
- ✿ Colocar campo com óculo, de forma a que as extremidades do catéter fiquem sobre ele
- ✿ Lavar com SF e desinfetar com álcool 70° a extremidade a usar



- ✿ Clampar a via que vai ser manipulada e retirar a tampa
- ✿ Adaptar a seringa de 5cc e de seguida desclampar a via
- ✿ Aspirar e rejeitar a quantidade de sangue/heparina que está inscrita no próprio lúmen, acrescentando mais 0,2cc ao valor referido (se no lúmen do catéter não houver referência ao volume a aspirar devem ser retirados pelo menos 3cc de sangue/heparina)
- ✿ Retirar a quantidade de sangue necessária para as colheitas ou administrar a terapêutica pretendida
- ✿ Lavar a via utilizada com 10 cc de SF
- ✿ Heparinizar o catéter com 2,2 cc ou 3 cc de heparina pura, conforme valor indicado pelo catéter
- ✿ Clampar o ramo que foi usado e adaptar a tampa
- ✿ Realizar penso ao catéter segundo procedimento (UNINEFRO, 2008; Ministério da Saúde 2006)



3. DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

As intervenções de enfermagem dirigidas à manutenção do CVC derivam desta mesma atitude terapêutica, podendo ser documentados desta forma através do SAPE® (conforme preconizado na instituição pelo Grupo de Reflexão e Acompanhamento da Prática de Enfermagem):

Atitudes Terapêuticas Prescritas

Atitude Terapêutica	Início		Termo		Dias
	Data	Hora	Data	Hora	
DIETA (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.30	15:25			
PESQUISA GLICEMIA CAPILAR	2010.05.30	15:25			
MONITORIZAÇÃO DE ECG,FC,FR,SAO2	2010.05.30	15:25			
OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.30	15:25			
CATETERISMO CENTRAL	2010.05.30	00:54			
OXIGENOTERAPIA POR CATÉTER NASAL: 2L/MIN	2010.05.31	10:18			
OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	2010.05.31	10:18			

Horário

de x em x horas hora fixa dia(s) e turno(s) fi...
 dia(s) e hora(s) fixa... agora por turnos
 de x em x dias S.O.S turno Fixo

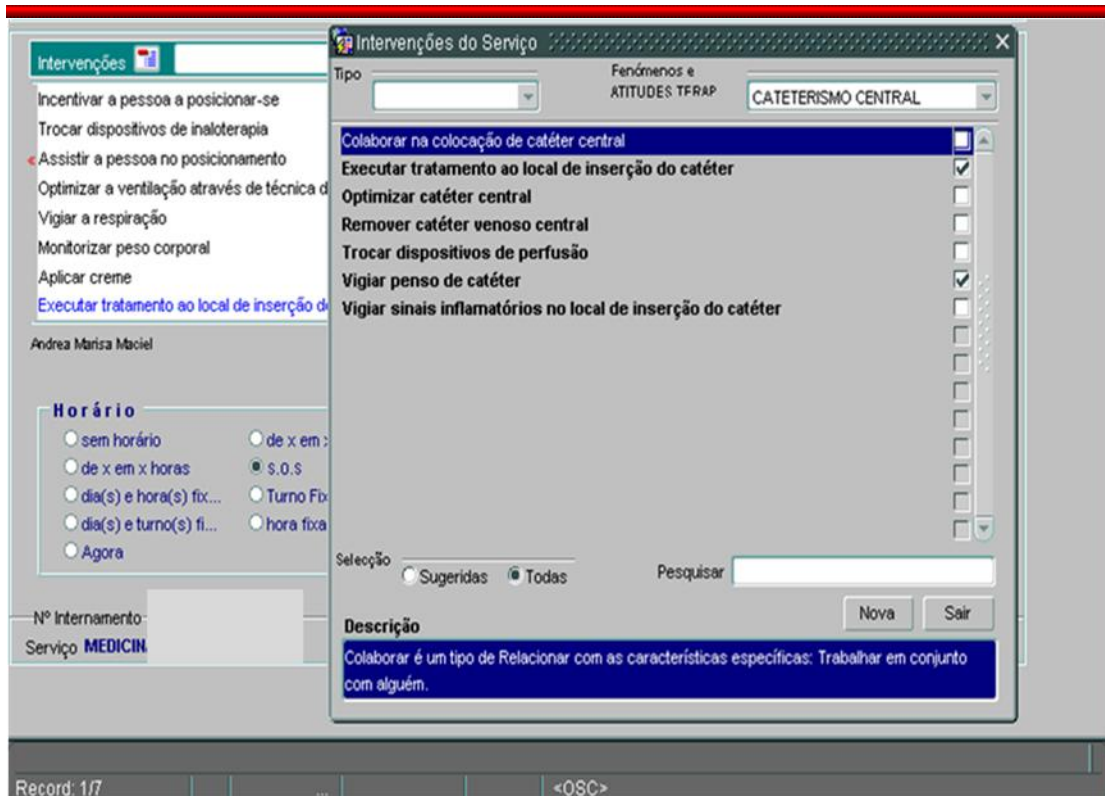
Observações

Femural direita (para HD)

Nº Internamento: Serviço: **MEDICIN** Data/Hora Entrada: **2010/05/30 : 00:04 horas** Nº Cama: **015**



Catéter Venoso Central - Hemodiálise



Neste contexto específico e de acordo com Carpenito (2002) o planeamento de cuidados deveria incluir o diagnóstico de enfermagem: Risco de Infecção.

Infecção

Processo Patológico com as características específicas: Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.

(ICN, 2005, p.51)

Risco

Potencialidade com as características específicas: Possibilidade de perda ou problema, problema que é esperado com uma certa probabilidade, potencial para um estado negativo.

(ICN, 2005, p.108)

Para além do facto do CVC constituir uma porta de entrada de microorganismos (que poderá ser controlada desde que aplicadas as normas de boa prática), o doente hemodialisado possui o factor de risco fisiológico: insuficiência renal, para além das restantes co-morbilidades que são muito frequentes neste tipo de doentes. Um exemplo do processo de Enfermagem seria o seguinte:



**Catéter Venoso Central -
Hemodiálise**

Dados Relevantes para o Diagnóstico	Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem
Indivíduo com factor de risco fisiológico: Insuficiência Renal Crónica, (...) Indivíduo com CVC (porta de entrada de microrganismos) Indivíduo em tratamento de hemodiálise Idade >65 anos (?) (Carpenito, 2002; Guedes et al, 2009)			Risco de Infecção
	Data		Objectivos
			O doente não desenvolve infecção

Intervenção de Enfermagem	Timing	Fundamentação
Vigiar sinais inflamatórios	IxT/SOS	Detectar sinais de infecção precocemente para evitar sépsis (Carpenito, 2002; Ministério da Saúde, 2006).
Executar tratamento do local de inserção do CVC (de acordo com o procedimento)	SOS	A manutenção da assepsia é crucial para minimizar o risco de infecção. O timing de execução será aquando das sessões de hemodiálise, da manipulação do CVC, sempre que o penso se encontre repassado ou descolado ou na periodicidade indicada para o tipo de material utilizado (idem).
Ensinar pessoa e família sobre sinais de infecção	SOS	Detecção precoce de sinais de infecção para evitar sépsis (Carpenito, 2002).
Ensinar pessoa e família sobre prevenção de infecção	SOS	A pessoa e família deverão deter este conhecimento de forma a minimizar o risco de infecção, nomeadamente: manter penso limpo e seco, evitar manipulação do catéter, etc. (idem).



4. CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu a construção de uma base teórica fundamental para a formação em serviço a realizar em estágio no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano.

Contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos especializados na área da Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica e, tendo tido por base pesquisa da melhor e mais actual evidência científica servirá para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Através da implementação de procedimentos tais como os que aqui foram apresentados é possível uniformizar a prática de cuidados excelentes, motivo pelo qual considero que foram atingidos os objectivos propostos inicialmente.



5. BIBLIOGRAFIA

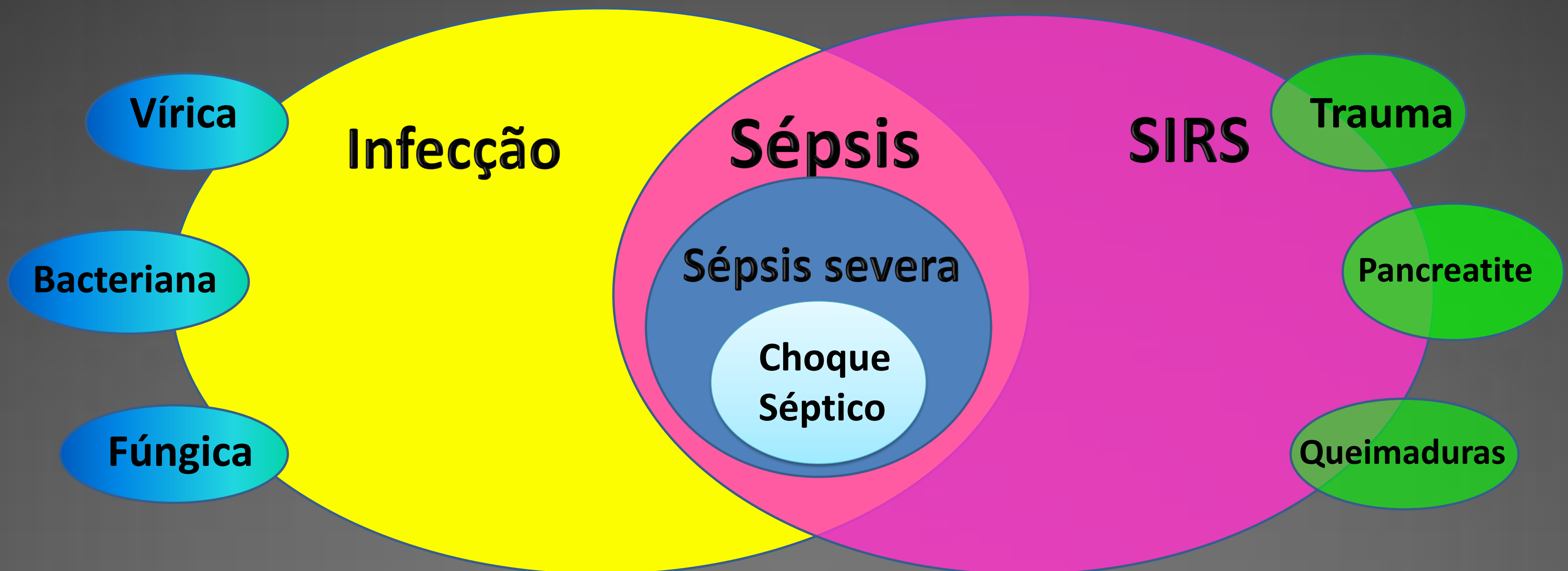
- ANDRADE, G et al. - *Manejo dos cateteres de hemodiálise: papel dos procedimentos intervencionistas*. Jornal Brasileiro de Nefrologia. Vol. XXVII, p. 150-156, 2005.
- CARPENITO, Lynda Juall – *Diagnósticos de Enfermería – Aplicaciones a la práctica clínica*. Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 2002.
- FERREIRA, V. et al. - *Infecção em pacientes com cateter temporário duplo-lúmen para a hemodiálise*. Revista Panamericana de Infectologia, p.16-21. 2005.
- FERREIRA ,V.; ANDRADE ,D. - *Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade*. Revista de Medicina – Ribeirão Preto, p.582-588, 2007.
- ICN– *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão I- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares – Programa Nacional de Controlo de Infecção*, 2006.
- UNINEFRO, AS – *Manual de normas e procedimentos técnicos de enfermagem*, 2008.

ANEXO 2

"O Enfermeiro na Abordagem ao Doente com S epsis"

O Enfermeiro na Abordagem ao doente com Sépsis

A **Sépsis** é uma síndrome clínica caracterizada pela presença de critérios de **SIRS** (Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica) causados pela **Infecção**, que quando não detectada precocemente pode rapidamente evoluir para uma **Sépsis Severa**, isto é, com disfunção de órgãos ou mesmo para um **Choque Séptico** o qual se manifesta não só pelos critérios anteriores, mas também pela presença de hipotensão que não responde à reposição adequada de volume.



Triagem de Manchester



Via Verde Sépsis

Critérios de Presunção de Infecção:

- Tosse + (dispneia ou dor pleurítica)
- Dor lombar + (disúria ou poliaquiúria)
- Dor abdominal ou icterícia
- Diminuição aguda do nível de consciência
- Cefaleias + vômitos
- Sinais inflamatórios cutâneos extensos
- Critério clínico do responsável

Critérios de SIRS (2 de 3):

- Frequência cardíaca > 90 bpm
- Frequência respiratória > 20 cpm
- Temperatura > 38 ou < 36 °C

Intervenções interdependentes

Executar colheita de produtos biológicos para análise
 Cateterizar veia periférica
 Inserir catéter urinário
 Administrar antibioterapia prescrita

Foco de Atenção	Intervenções de Enfermagem / Actividades diagnósticas
Febre	Monitorizar temperatura corporal Promover arrefecimento corporal Gerir administração de antipirético
Hipotermia	Monitorizar temperatura corporal Promover aquecimento corporal
Perfusão dos Tecidos	Avaliar estado de consciência (segundo Escala de Coma de Glasgow) Monitorizar Pressão Arterial Monitorizar Tempo de Reperenchimento Capilar Monitorizar Pressão Venosa Central Monitorizar Débito Urinário Vigiar Sinais de Desidratação Avaliar cor da pele
Dispneia em repouso	Monitorizar Frequência Ventilatória Monitorizar Saturação Periférica de Oxigénio Vigiar sinais de dificuldade respiratória Gerir oxigenoterapia Elevar cabeceira do leito
Ansiedade (pessoa em situação crítica / família)	Informar, periodicamente, pessoa e família acerca do seu estado de saúde Encorajar verbalização de sentimentos pela pessoa e pela família Fornecer apoio emocional à pessoa e família

Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Universidade Católica Portuguesa – ICS Porto

Unidade Curricular: Estágio – Módulo Urgência

○ Enfermeiro na Abordagem ao Doente com Sepsis

Trabalho elaborado por:

Ana Guedes

Armando Outor

Daniela Silva

Junho de 2010

Índice

1 – Introdução.....	3
2 – Sepsis.....	4
2.1 – Fisiopatologia.....	5
2.2 – Definição de Conceitos.....	6
2.3 – Tratamento.....	7
3 – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Sepsis.....	9
4 – Conclusão.....	14
5 – Referências.....	15

I. INTRODUÇÃO

A Via Verde Sepsis foi implementada recentemente no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano. Tendo os enfermeiros do mesmo serviço recebido formação recentemente, consideramos pertinente reflectir um pouco sobre o papel que este profissional desempenha na abordagem ao doente com sepsis, bem como nos cuidados de enfermagem a prestar.

O presente documento visa uma pesquisa de evidência científica no sentido de constituir a base teórica do poster a elaborar para apresentação no SU referido, abordando um pouco da fisiopatologia da sepsis e realizando *a posteriori* uma reflexão sobre o planeamento de cuidados de enfermagem ao doente com sepsis.

2. SÉPSIS

A sépsis corresponde a uma infecção generalizada através da corrente sanguínea. De acordo com os estudos referidos pela Administração Regional de Saúde do Norte (2009) 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devidas a sépsis adquirida na comunidade, sendo que a taxa de mortalidade ronda os 38% e nas formas mais graves (choque séptico) chega aos 51%.

Desta forma é possível afirmar que a sépsis é um grave problema de saúde pública tal como o acidente vascular cerebral (AVC) e o enfarte agudo do miocárdio (EAM). Além disso, a incidência da sépsis tem vindo a aumentar cerca de 1,5% por ano, ao invés das doenças cardiovasculares que têm registado uma diminuição na mesma taxa. A gravidade dos casos de sépsis também registou um aumento, reconhecido pelo maior número de casos associados a falência orgânica, ainda que a taxa de mortalidade tenha decrescido cerca de 5-10% nos últimos dez anos.

O aumento da incidência deve-se a factores como o envelhecimento da população, a maior longevidade de doentes crónicos, o número crescente de doentes imunodeprimidos por doença e/ou iatrogenia e ao maior recurso a técnicas invasivas.

Há um conjunto de atitudes que desde que realizadas numa fase precoce da doença permitem reduzir a morbi-mortalidade da sépsis, sendo estas: a identificação e estratificação rápida de doentes, a utilização rápida da antibioterapia adequada e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objectivos.

Por cada hora de demora na instituição do antibiótico adequado regista-se uma redução de 7,6% na sobrevivência.

Tendo por base todos estes dados e considerando a importância da melhoria dos timings de resposta dos serviços de urgência, nomeadamente na demora até ao doseamento de lactato sérico e ao timing de administração de antibioterapia foi criada a Via Verde Sepsis – Norte (VVS-N), pela ARS, à semelhança do que havia já acontecido com a abordagem aos doentes com AVC e síndrome coronário agudo.

2.1 Fisiopatologia

A sépsis é uma infecção sistémica que para além de rapidamente disseminada é de difícil reconhecimento.

Trata-se de um processo complexo, sendo uma resposta sistémica do organismo à infecção. Quando este não é capaz de limitar a infecção ao foco inicial e à sua fonte, o agente acede à corrente sanguínea, causando a sépsis. Esta resposta associa-se à inflamação, coagulopatia e redistribuição do fluxo sanguíneo.

Quando o microrganismo ou antigénio invasor atingem a corrente sanguínea, provocam a libertação de endotoxinas, uma substância tóxica habitualmente associada às bactérias gram negativas. Em resposta a este acontecimento o sistema imunitário liberta mediadores pró-inflamatórios, tais como prostaglandinas, citocinas, factor de necrose tumoral e interleucinas.

As citocinas são imunomoduladores libertados pelos leucócitos em resposta às endotoxinas e, juntas, são as principais responsáveis pela vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar e coagulação aumentada. Numa pessoa saudável e em circunstâncias normais, o organismo é capaz de controlar os processos, mas no doente séptico, as endotoxinas estimulam a libertação exagerada de imunomoduladores, causando também uma resposta excessiva.

A vasodilatação é a forma do organismo responder à necessidade de aumentar o fluxo sanguíneo à área afectada, transportando portanto mais macrófagos para controlar a infecção original. Contudo, a vasodilatação sem o aumento proporcional do volume sanguíneo leva a hipotensão. A permeabilidade capilar permite a fuga do líquido para o terceiro espaço, causando edema e reduzindo, mais ainda, a pressão sanguínea.

Concomitantemente, a fibrinólise é inibida o que se traduz na formação de coágulos como tentativa de contenção do antigénio. No entanto, a formação de coágulos de fibrina produz microtromboses, que agravam a hipoperfusão dos tecidos, podendo ainda provocar necrose destes ou mesmo falência de órgão. Toda esta cascata de acontecimentos está na origem da coagulopatia de consumo que acontece na sépsis (Dellacroce, 2009).

2.2 Definição de conceitos

Embora a palavra sépsis seja muito usada pelos profissionais de saúde, trata-se de uma doença muito complexa e que nem sempre foi bem definida. Deste modo, sentiu-se a necessidade de clarificar conceitos e definir critérios bem estabelecidos para este diagnóstico.

Os critérios foram assim definidos na *International Sepsis Definitions Conference* (2001), tendo sido determinado o seguinte:

Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS) – Tipicamente a fase inicial da sépsis, corresponde à resposta sistémica do organismo a qualquer agressão que resulte na activação do sistema imunitário. A resposta imunitária é uma tentativa de manter a homeostasia corporal. A infecção é apenas uma das responsáveis pela SIRS, tendo em conta que esta poderá ser despoletada por trauma, queimaduras ou qualquer outro processo inflamatório como por exemplo a pancreatite. Assim, é possível um doente ter uma SIRS sem desenvolver uma sépsis. É possível diagnosticar uma SIRS sempre que dois ou mais critérios dos seguintes estejam presentes:

- Temperatura corporal $> 38^{\circ}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$
- Frequência cardíaca superior a 90 batimentos por minuto
- Taquipneia (frequência ventilatória superior a 20 ciclos por minuto)
- $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$ (normal = 35 a 45 mmHg)
- Contagem de glóbulos brancos $> 12\ 000/\text{mm}^3$ ou $< 4\ 000/\text{mm}^3$ (normal 5000 a 10 000/ mm^3).

Sépsis – Está presente quando o doente com SIRS tem uma infecção documentada. Esta infecção pode ser bacteriana, vírica ou fungica.

Sépsis Severa – é definida por sépsis complicada por disfunção de órgão, hipotensão ou hipoperfusão e é considerada a maior causa de morte de unidades de cuidados intensivos (excepto no caso das cardio-torácicas). Os sinais de disfunção de órgão incluem:

- ✓ Alteração do estado de consciência
- ✓ Oligúria aguda (débito urinário inferior a 0,5 ml/kg/h)
- ✓ Hiperglicemia na ausência de diabetes
- ✓ Hipoxemia
- ✓ Coagulopatia (com INR $> 1,5$)
- ✓ Atonia gástrica / ileús paralítico

Considera-se hipotensão quando a pessoa apresenta valores inferiores a 90mmHg de pressão sistólica ou inferiores a 60 mmHg de pressão arterial média. A hipoperfusão é evidenciada pelo aumento do lactato sérico (produzido pelo metabolismo anaeróbio por insuficiente quantidade de oxigénio e quando > 3 mmol/L) e pelo lento reenchimento capilar (superior a 2 segundos).

Choque Séptico – Caracterizado pela hipotensão persistente que não responde à fluidoterapia, ou seja, falência circulatória.

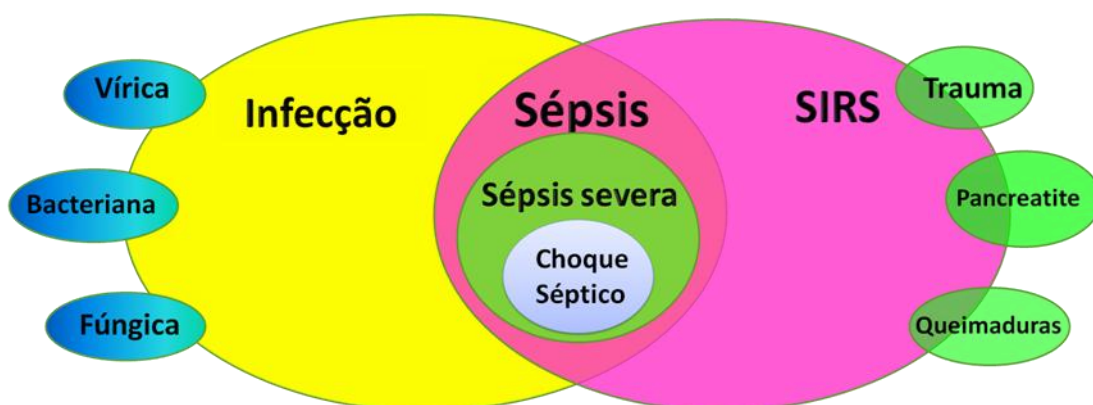


Fig. 1 – Relação entres os vários conceitos envolvidos na sepsis

2.3 Tratamento

Preconiza-se que nas 6 horas iniciais de “ressuscitação” do doente com sepsis severa seja efectuado o doseamento de lactato, as hemoculturas e instituídas a antibioterapia, a fluidoterapia para reversão da hipotensão e caso indicado os vasopressores (Dellacroce, 2009).

São colhidas hemoculturas para identificar o foco de infecção e de seguida é iniciada antibioterapia de amplo espectro, tão rapidamente quanto possível para evitar a progressão da patologia. Assim que os resultados das hemoculturas sejam conhecidos o antibiótico deve ser mudado para um de espectro mais reduzido e adequado ao agente etiológico identificado para evitar desenvolvimento de estirpes resistentes à antibioterapia.

Os antibióticos no Serviço de Urgência devem respeitar os protocolos locais a título de exemplo a Administração Regional de Saúde do Norte (2009) defende o seguinte:

1. Pneumonia da comunidade – ceftriaxone + macrólido
2. Infecção intra-abdominal – cefalosporina de 3.^a geração + metranidazol / ertapenem

3. Infecção urinária grave – cefalosporina de 3.^a geração
4. Meningite da comunidade – ceftriaxone + / - ampicilina
5. Sepsis sem foco evidente - ceftriaxone

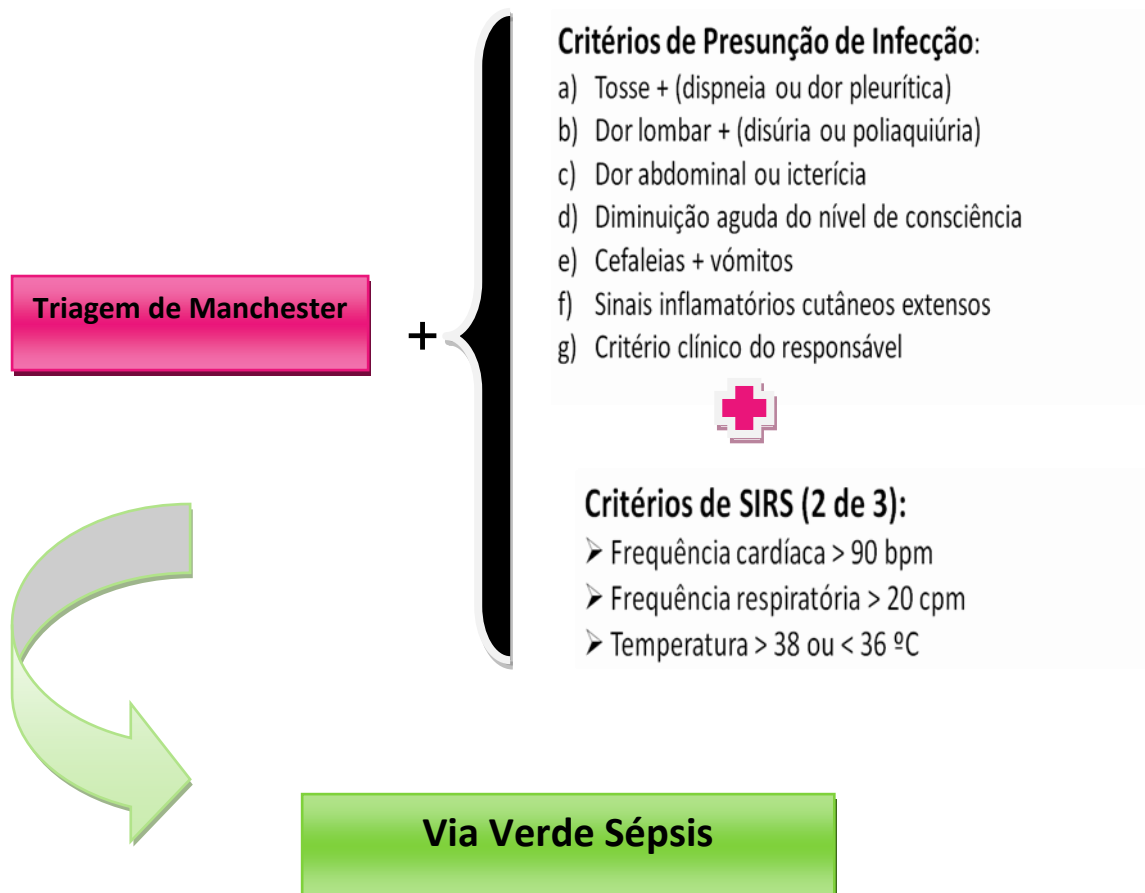
A fluidoterapia tem como objectivos iniciais uma pressão arterial média superior a 65 mmHg e um débito urinário superior a 0,5 ml/kg/h. Caso o doente tenha um catéter venoso central que possibilite a monitorização, os objectivos passam por manter uma pressão venosa central (PVC) de cerca de 8 a 12 mmHg.

Deverá ser levado a cabo um *fluid challenge* com cristalóides ou colóides. Normalmente, o *fluid challenge* consiste na infusão de 500 a 1000 ml de cristalóides ou 300 a 500 ml de colóides durante 30 minutos. No fim da administração será reavaliada a pressão arterial, bem como o débito urinário percebendo se registou alguma melhoria.

À medida que se agrava o quadro regista-se uma falência multiorgânica, sendo necessário implementar medidas intensivas de suporte, nomeadamente ventilação invasiva, fármacos vasoactivos e etc. No entanto, estes cuidados são já do âmbito da Unidade de Cuidados Intensivos pelo que não serão abordados neste contexto, uma vez que não é o objectivo deste trabalho.

3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM SÉPSIS

O Enfermeiro tem uma posição privilegiada na abordagem ao doente com sepsis desde a sua admissão na pré – triagem, uma vez que é a este profissional que cabe a activação da Via Verde Sepsis mediante os critérios pré-estabelecidos pela Administração Regional de Saúde (2009):



Depois de efectuada a triagem e na fase seguinte da abordagem do doente, predominam as intervenções interdependentes, uma vez que o objectivo seguinte é validar se se trata ou não de um diagnóstico de sepsis.

Assim que são obtidos os resultados de lactato sérico e depois da avaliação dos sinais vitais, o enfermeiro executa algumas das seguintes intervenções:

- Executar colheita de produtos biológicos para análise
- Cateterizar veia periférica
- Inserir catéter urinário
- Administrar antibioterapia prescrita

No que concerne ao processo de enfermagem, os focos de atenção mais frequentes são: a febre ou hipotermia (tendo em conta que ambos podem surgir na sequência da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica); a perfusão de tecidos (devido à vasodilatação secundária à libertação de múltiplas substâncias pró-inflamatórias e consequente lesão do endotélio vascular, a perfusão tecidual fica comprometida); a dispneia em repouso (devido a falência respiratória) e a ansiedade transversal a eventos de vida críticos como este.

Febre

(Relacionada com doença e concomitantes efeitos das endotoxinas sobre o centro regulador hipotalâmico da temperatura (Swearingen e Keen, 2001))

Intervenções de Enfermagem / Actividades Diagnósticas	Justificação
Monitorizar temperatura corporal	Temperaturas acima dos 40°C representam risco de crise convulsiva, sendo que acima de 45°C são incompatíveis com a vida (Carpenito, 2002).
Promover arrefecimento corporal	O arrefecimento corporal promovido pela remoção de roupa, banhos tépidos, líquidos EV arrefecidos e lençol de arrefecimento (quando prescrito), contribui para a manutenção de valores inferiores a 40°C e conforto do doente (Swearingen e Keen, 2001).
Gerir a administração de antipirético	Manutenção da temperatura corporal dentro dos valores considerados fisiológicos, para diminuir a sobrecarga cardíaca e o consumo de oxigénio (Swearingen e Keen, 2001).

Hipotermia

(Relacionada com doença e concomitantes efeitos das endotoxinas sobre o centro regulador hipotalâmico da temperatura (Swearingen e Keen, 2001))

Intervenções de Enfermagem / Actividades Diagnósticas	Justificação
Monitorizar temperatura corporal	Temperaturas abaixo dos 35°C podem potenciar o desenvolvimento de arritmias fatais (Carpenito, 2002).
Promover aquecimento corporal	O doente deve manter-se normotérmico. Usar mantas de aquecimento para subir a temperatura corporal, uma vez que os dispositivos de aquecimento podem lesar as células isquémicas dos tecidos periféricos (Swearingen e Keen, 2001).

Dispneia em Repouso

(relacionado com alterações da membrana alvéolo – capilar, secundárias a edema intersticial, destruição alveolar e libertação de endotoxinas com activação de cininas e histamina (Swearingen e Keen, 2001))

Intervenções de Enfermagem / Actividades Diagnósticas	Justificação
Manter via aérea permeável	Ajudar o doente a tossir ou aspirar se necessário (Swearingen e Keen, 2001)
Monitorizar frequência ventilatória	O aumento da frequência ventilatória é um dos primeiros sinais de dificuldade respiratória (Dellacroce, 2009)
Monitorizar Saturação Periférica de Oxigénio (SpO2)	Permite a avaliação da oxigenação periférica dos tecidos e perceber se o aporte de oxigénio administrado ao doente é adequado (Bulecheck e McCloskey, 2008). A deficiente SpO2 pode indicar necessidade de ventilação invasiva (Swearingen e Keen, 2001).
Vigiar sinais de dificuldade respiratória	Permite detectar Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto rapidamente, possibilitando o ajuste da terapêutica. A

	presença de fervores na auscultação pulmonar pode indicar acumulação de líquidos (Swearingen e Keen, 2001).
Gerir oxigenoterapia	Optimizar a administração de oxigénio de modo a evitar a hipóxia (Swearingen e Keen, 2001).
Elevar cabeceira do leito	Permite a optimização da ventilação devido à melhor expansão torácica (Bulechek e McCloskey, 2008).

Perfusão dos Tecidos

(Diminuição da perfusão cerebral, renal e gastrointestinal, relacionada com hipovolemia, secundária a vasodilatação (fase precoce); interrupção da circulação sanguínea arterial e venosa, secundária a vasoconstrição e à obstrução por trombos (fase tardia) (Swearingen e Keen, 2001))

Intervenções de Enfermagem / Actividades Diagnósticas	Justificação
Avaliar estado de consciência (segundo Escala de Coma de Glasgow)	Indicador da diminuição da perfusão cerebral (Swearingen e Keen, 2001)
Monitorizar Pressão Arterial	A monitorização continua da PA permite detectar perfusão dos tecidos diminuída, sendo manifestações comuns: pressão arterial sistólica diminuída, pressão diastólica normal ou aumentada (Swearingen e Keen, 2001).
Monitorizar tempo de preenchimento capilar	O tempo de preenchimento capilar é superior a 2 segundos quando há diminuição da perfusão dos tecidos (Swearingen e Keen, 2001).
Monitorizar Pressão Venosa Central (PVC)	A manutenção da PVC entre 8 a 12 mmHg é o objectivo (ARS Norte, 2009).
Monitorizar Débito Urinário	Avaliação dos sinais de diminuição de perfusão renal indicada por um débito urinário inferior a 0,5 ml/kg/h (Swearingen e Keen, 2001).

Avaliar cor da pele	A cor da pele é pálida ou marmoreada pela diminuição da perfusão (Swearingen e Keen, 2001).
Vigiar sinais de desidratação	Devido à perda de líquidos do espaço vascular, secundária ao aumento da permeabilidade capilar e ao desvio do volume intravascular para os espaços intersticiais (Swearingen e Keen, 2001).

Ansiedade (pessoa em situação crítica / família)

(Relacionada com a ameaça de morte real ou potencial, a alteração do estado de saúde, a ameaça ao auto-conceito ou papel, bem como com o facto de se encontrar num ambiente estranho com desconhecidos (Swearingen e Keen, 2001))

Intervenções de Enfermagem / Actividades Diagnósticas	Justificação
Informar, periodicamente, pessoa e família acerca do seu estado de saúde	O conhecimento sobre a sua evolução reduz os níveis de ansiedade (Carpenito, 2002).
Encorajar a verbalização de sentimentos pela pessoa e pela família	Estabelecimento de uma atmosfera que permita a expressão livre e consequente redução dos níveis de ansiedade (Swearingen e Keen, 2001)
Fornecer apoio emocional à pessoa e família	O simples “permanecer junto” proporciona segurança e bem-estar à pessoa e família (Carpenito, 2002).

4. CONCLUSÃO

Este trabalho possibilitou-nos o aprofundamento dos conhecimentos anteriormente desenvolvidos acerca da fisiopatologia da sepsis, quer no âmbito da unidade curricular de Patologia e Terapêutica quer no módulo de Cuidados Intensivos da unidade curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.

Para além de constituir a base teórica do poster a apresentar no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, serviu para reflectirmos acerca dos cuidados de enfermagem justificados pela evidência científica.

5. REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (2009) – Via Verde Sepsis.

CARPENITO, Lynda Juall– *Diagnósticos de Enfermería – Aplicaciones a la práctica clínica*. Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 2002.

DELLACROCE, Heather– Surviving Sepsis: The role of the nurse. RN. N.º 72, (p. 16-21). [On line] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/>. Consultado em: 26 de Abril de 2010.

MCCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria – *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 4.ª Ed. São Paulo: Artmed, 2008.

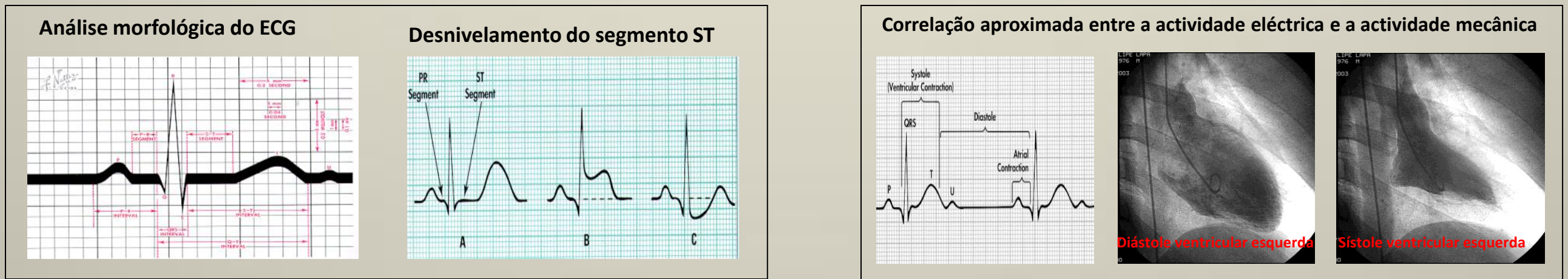
SWEARINGEN, Pamela L.; KEEN, Janet Hicks – *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos – Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4.ª Ed. Camarate: Lusociência, 2001.

ANEXO 3

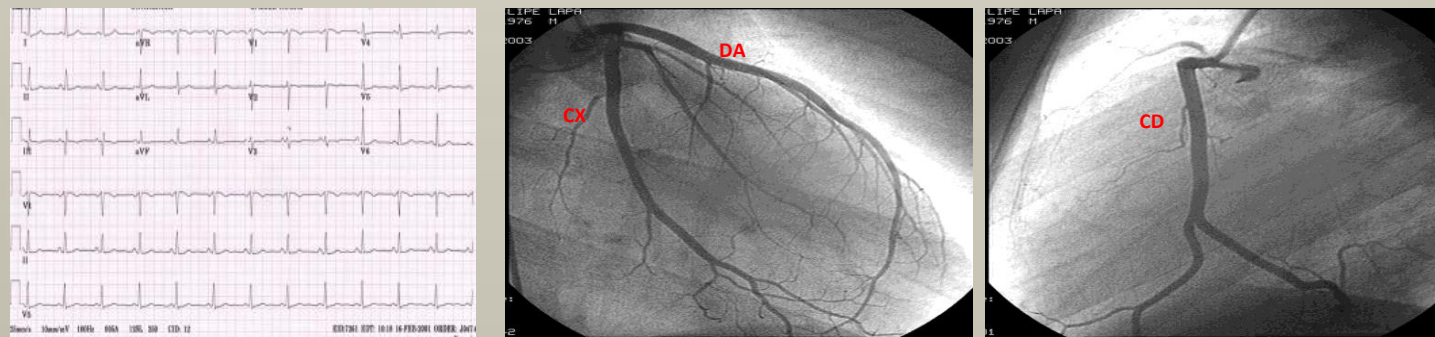
"O Enfermeiro na Abordagem ao Doente Submetido a Cateterismo Cardíaco"

O ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A CATETERISMO CARDÍACO

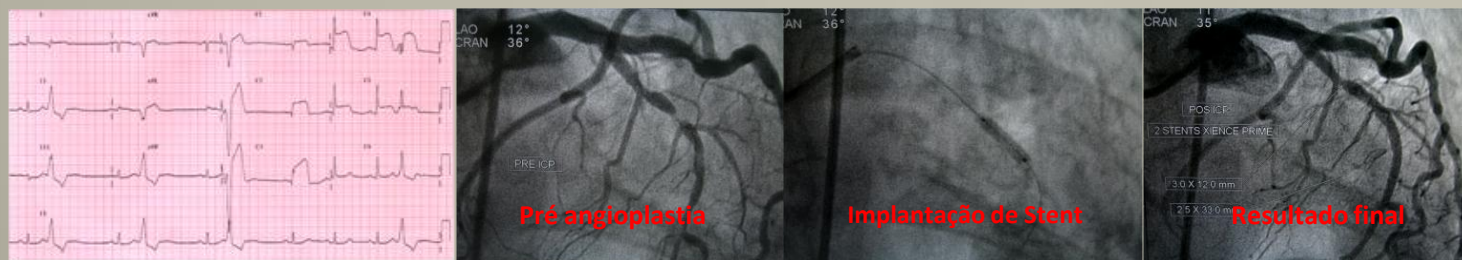
A Electrocardiografia é uma parte fundamental da avaliação cardiovascular, sendo uma ferramenta essencial para investigar as arritmias cardíacas e também no diagnóstico de perturbações cardíacas como o Enfarte do Miocárdio com supra de ST. A contracção e relaxamento do músculo cardíaco resultam da despolarização e repolarização das células do miocárdio, que se traduzem no traçado do ECG. A oclusão de uma artéria coronária pode ser detectada pela elevação do segmento ST. O Cateterismo Cardíaco é um exame de diagnóstico invasivo realizado por via percutânea, através de acesso vascular periférico arterial e/ou venoso pelo qual se progridem cateteres, sob imagem radiológica até ao coração e cujos os objectivos são : registo hemodinâmico das cavidades cardíacas e grandes vasos, avaliação da função ventricular esquerda, competência das válvulas e da anatomia da árvore coronária (sua permeabilidade) entre outras. Angioplastia Coronária é a técnica pela qual se realiza a dilatação de estenoses provocadas por placas de ateroma nas artérias coronárias com balão e implantação de STENT coronário.



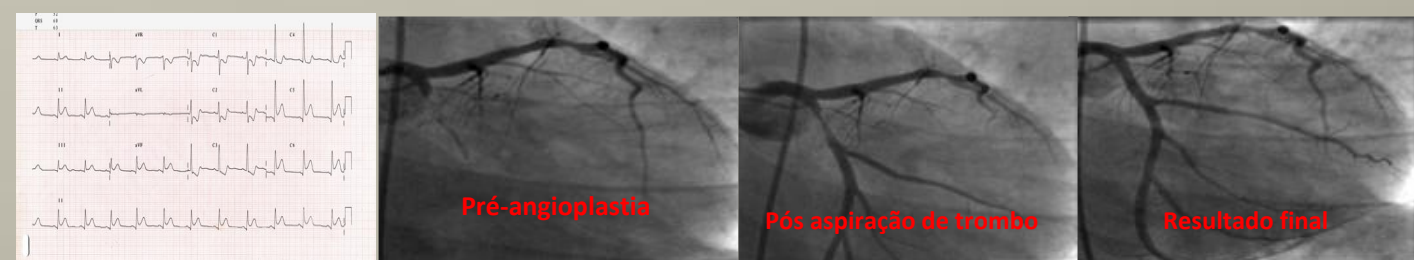
ECG de 12 derivações e imagens angiográficas de artérias coronárias sem alterações



EAM parede anterior apresentando ECG com supra de ST na derivações precordiais V2,V3 e v4 e angioplastia de artéria coronária descendente anterior (DA)



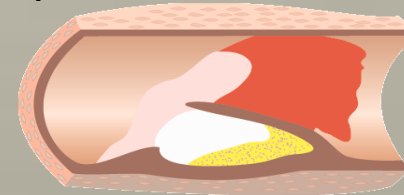
EAM Infra-lateral apresentando supra de ST nas derivações da parede inferior DII, DIII e AVF e nas derivações precordiais V5 e V6 e angioplastia da artéria coronária circunflexa (CX)



EAM parede inferior apresentando ECG com supra de ST nas derivações DII,DIII e AVF e angioplastia da artéria coronária direita (CD)



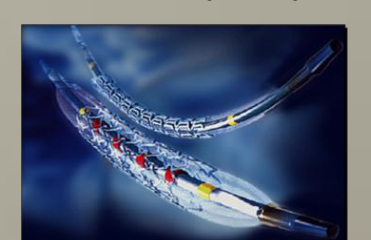
Formação de trombo oclusivo após ruptura da placa de aterosclerose



Fragmentos de aspiração de trombo



Prótese de dilatação coronária (Stent)



Foco de Atenção	Actividades diagnósticas
Perfusão dos tecidos	Vigiar perfusão tecidual periférica: 15/15 min, durante 1.ª hora; 1/1 h até primeiras 12 horas; 1 vez/turno após primeiras 12h
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Conhecimento sobre o exame a realizar não demonstrado [Cateterismo cardíaco]	Ensinar a pessoa sobre o exame a realizar Ensinar a pessoa sobre o pré-operatório Ensinar a pessoa sobre o pós-operatório
Ferida Cirúrgica [Cateterismo cardíaco] - radial / femoral	Vigiar penso da ferida (1 vez/turno) Vigiar ferida cirúrgica (Turno Manhã / SOS) Executar tratamento à ferida cirúrgica (Turno Manhã / SOS) Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica

Intervenções interdependentes

Aplicar protocolo de Cateterismo Cardíaco:

- Remover pêlos [região inguinal / Radial bilateral]
- Manter jejum [6 h antes do exame]
- Manter repouso na cama [durante 4h se abordagem femoral]
- Inserir catéter venoso periférico

Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Universidade Católica Portuguesa – ICS Porto

Unidade Curricular: Estágio – Módulo Urgência

**O ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A
CATETERISMO CARDÍACO**

Trabalho elaborado por:

Ana Guedes

Armando Outor

Daniela Silva

Junho de 2010

Índice

1- Introdução.....	3
2 - Dor Isquémica.....	4
2.1 – Enfarte Agudo do Miocárdio.....	5
2.2 – Cateterismo Cardíaco.....	6
2.2.1- Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a cateterismo cardíaco.....	6
4 -Conclusão.....	8
5 - Referências Bibliográficas.....	9

I-Introdução

O sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares, deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que estas doenças se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social.

A via Verde é “(...)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.” (Parecer N° AM 05/2005 de 05.10.2005 –SEAS) in (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, [et al.], Documento Orientador).

O presente documento visa uma pesquisa de evidência científica no sentido de constituir a base teórica do poster a elaborar para apresentação no Serviço de Urgência referido, abordando um pouco a electrocardiografia e os cateterismos cardíacos.

2- Dor Isquémica

Este foco de atenção está presente no SU essencialmente associado a patologias como a angina, enfarte agudo do miocárdio e arritmias.

Para melhor compreender as patologias cardíacas, causadoras dos focos arritmia e dor isquémica é importante ter uma noção, da interpretação de electrocardiogramas.

Por ritmo sinusal (normal) entende-se todo aquele que “satisfaz os seguintes critérios: presença de uma onda P positiva e de aspecto estável antes de cada complexo QRS, todos os intervalos PR entre 0,12 e 0,20 segundos, e um complexo QRS de aparência estável de menos de 0,12 segundos. O intervalo RR é estável, e a frequência cardíaca situa-se entre 60 e 100 pulsações/minuto” (Phipps, Sands e Marek, 2003)

A depressão do segmento ST ou inversão da onda T significam geralmente isquemia e ondas Q significativas podem indiciar um pré enfarte do miocárdio (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2003).

A taquicardia é definida como o ritmo que cumpre todos os requisitos do sinusal, excepto no que diz respeito à frequência cardíaca, que é superior a 100bpm., encurtando por isso os intervalos entre os complexos QRS (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Entende-se por bradicardia o ritmo que cumpre todos os requisitos do sinusal, excepto a frequência cardíaca, que é inferior a 60bpm, estando portanto o intervalo entre os complexos QRS aumentado (Phipps, Sands e Marek, 2003).

A taquiarritmia consiste num ritmo que não cumpre as características do sinusal e é de frequência superior a 100bpm (Phipps, Sands e Marek, 2003).

A bradiarritmia não cumpre as características do ritmo sinusal e é de frequência inferior a 60bpm (Phipps, Sands e Marek, 2003).

As arritmias podem ter complicações a curto prazo como: a paragem Cardio-Respiratória e eventual morte súbita e no caso da taquicardia ventricular ou a longo prazo como: a síncope nas bradiarritmias, Acidente Vascular Cerebral, fibrilhação auricular (Mesquita, 2000).

2.1 - Enfarte Agudo do Miocárdio

O Enfarte Agudo do Miocárdio consiste na necrose do miocárdio e leva à morte cerca de 30% do milhão de meio de casos que ocorrem anualmente nos Estados Unidos (Kutty, 2005).

Caracterizado por dor torácica intensa e prolongada, alterações electrocardiográficas progressivas e aumento das enzimas cardíacas, é uma das principais causas de dor isquémica, nos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência. De ter em atenção que o Enfarte Agudo do Miocárdio também pode ocorrer sem dor, principalmente em doentes idosos ou diabéticos (Kutty, 2005).

Outros sintomas do Enfarte Agudo do Miocárdio são a ansiedade, diaforese, náusea, astenia, taquicardia ou bradicardia e alterações da pressão arterial (hipotensão e bradicardia nos Enfarte Agudo do Miocárdio da parede inferior, marcados por hiperactividade parassimpática, e hipertensão e taquicardia nos Enfarte Agudo do Miocárdio da parede anterior, marcados por hiperactividade simpática) (Kutty, 2005).

Doentes que dão entrada no Serviço de Urgência por dor torácica são geralmente triados para a área laranja e é-lhes realizado um electrocardiograma. Em caso de Enfarte Agudo do Miocárdio podem ser visíveis supradesnivelamentos do segmento ST no Electrocardiograma (Mesquita, 2000).

A subida das enzimas cardíacas características do Enfarte Agudo do Miocárdio (troponina I, CK-MB, mioglobina e desidrogenase láctica) pode ser evidenciada apenas passadas até 6 horas do início da dor isquémica, razão pela qual muitas vezes os doentes, mesmo após alívio da dor e tendo os primeiros resultados analíticos e Electrocardiogramas normais, permanecem no Serviço de Urgência mais umas horas, para fazerem segunda colheita para análise e aguardarem esses resultados.

Normalmente um doente a quem é diagnosticado um Enfarte Agudo do Miocárdio recente, no Serviço de Urgência, é transferido para a Unidade de dor Torácica em OBS posteriormnte é contactado o serviço de Hemodinâmica do Hospital de São João para realizar cateterismo cardíaco.

2.2 – Cateterismo Cardíaco

Cateterismo Cardíaco é um exame de diagnóstico invasivo realizado por via percutânea, através de acesso vascular periférico arterial e/ou venoso pelo qual se progridem cateteres, sob imagem radiológica até ao coração e cujos os objectivos são : registo hemodinâmico das cavidades cardíacas e grandes vasos, avaliação da função ventricular esquerda, competência das válvulas e da anatomia da árvore coronária (sua permeabilidade) entre outras. Angioplastia Coronária é a técnica pela qual se realiza a dilatação de estenoses provocadas por placas de atheroma nas artérias coronárias com balão e implantação de STENT coronário.(Eeckhout, E; et al , 2006)

2.2.1- Plano de Cuidados ao doente submetido a cateterismo cardíaco

Foco de Atenção	Actividades diagnósticas
Perfusão dos tecidos	Vigiar perfusão tecidual periférica: 15/15 min, durante 1. ^a hora; I/I h até primeiras 12 horas; I vez/turno após primeiras 12h
Perda sanguínea	Vigiar perda sanguínea

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Conhecimento sobre o exame a realizar não demonstrado [Cateterismo cardíaco]	Ensinar a pessoa sobre o exame a realizar Ensinar a pessoa sobre o pré-operatório Ensinar a pessoa sobre o pós-operatório

Ferida Cirúrgica [Cateterismo cardíaco]-radial/ femoral	Vigiar penso da ferida (1 vez/turno) Vigiar ferida cirúrgica (Turno Manhã / SOS) Executar tratamento à ferida cirúrgica (Turno Manhã / SOS) Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica
--	---

Intervenções interdependentes:

Aplicar protocolo de Cateterismo Cardíaco:

- Remover pêlos [região inguinal / Radial bilateral]
- Manter jejum [6 h antes do exame]
- Manter repouso na cama [durante 4h se abordagem femoral]
- Inserir catéter venoso periférico

3 - Conclusão

Este trabalho possibilitou-nos o aprofundamento dos conhecimentos anteriormente desenvolvidos acerca da fisiologia do Enfarte Agudo do Miocárdio, alteração do ritmo cardíaco, tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio. Para além de constituir a base teórica do poster e formação a apresentar no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, serviu para reflectirmos acerca dos cuidados de enfermagem justificados pela evidência científica.

4 - Referências Bibliográficas

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS. 2005. Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP). Versão 1.0. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2005

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares; Administrações Regionais de Saúde; Instituto Nacional de Emergência Médica- **Documento Orientador**. 158 p. Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) Acessível em: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-25-01-2007.pdf>, Lisboa, Portugal, consultado a 10/06/2010.

EECKHOUT, E; LERMAN, A; Carlier, S. - Handbook of Complications During Percutaneous Cardiovascular Interventions, Informa Healthcare, 2006.

DOENGES, M.; Moorhouse, M.; Geissler, A. - Planos de cuidados de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5ª ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2003.

KUTTY, Kesavan – *Kochar Tratado de Medicina Interna*. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MESQUITA, E. - Emergências clínico-cardiológicas : 40 anos de experiência do hospital pró-cardíaco. Rio de Janeiro Revinter, 2000.

PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. Loures: Lusociência. 2003.

ANEXO 4

“Sono”


CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

II FÓRUM DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
"DO PRÉ-HOSPITALAR AOS CUIDADOS CONTINUADOS"

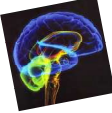
PRIVAÇÃO do SONO




Autores: Ana Cuetos
Orientadora: Amélia Ferreira
Maio de 2011



"...os hospitais são locais, onde os doentes não conseguem dormir e as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) parecem ser as que privam os doentes de descanso e sono."
Reishtein et al (2005)



"... os doentes em cuidados intensivos são na maioria das vezes privados de sono."
Olson et al (2001)




"Várias pesquisas mostraram que muitos enfermeiros falham na avaliação da necessidade de dormir, aquando da elaboração do plano de cuidados não compreendendo os estádios do sono e os seus ciclos específicos"
Barrie-Shevlin (1988)

Sono é...

"Repouso com as seguintes características específicas:
Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos."
(ICN 2005. p.73)



Sono

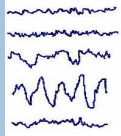


Ortodoxo ou convencional	<ul style="list-style-type: none"> Movimentos lentos dos olhos – NREM* (4 estágios, 75% sono)
Paradoxal	<ul style="list-style-type: none"> Movimentos rápidos dos olhos – REM** (1 estágio, 20-25% sono)

*Non-Rapid Eyes Movements
**Rapid Eyes Movements

Arquitectura do Sono

Ciclos	Entre 4 a 5 ciclos num período de sono
Estágios	Estágio 1 Estágio 2 Estágio 3 Estágio 4 Estágio REM

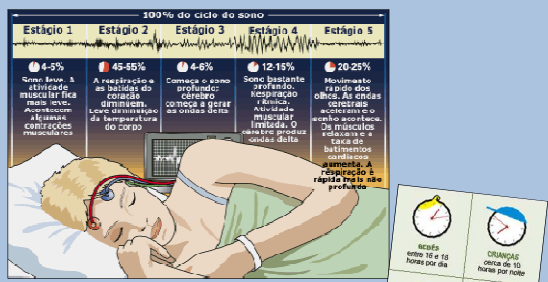




Ciclos do Sono


Ciclo	<ul style="list-style-type: none"> • 5 estágios • demora em média 1h30m – 2h
--------------	--

Um adulto experimenta 4 a 5 ciclos, durante um período de 8h de sono




100% do ciclo do sono


Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	Estágio 5
<p>● 4-5%</p> <p>Sono leve, a atividade muscular fica mais lenta. Há grande contração muscular.</p>	<p>● 45-55%</p> <p>A restrição e as batidas do coração diminuem. Logo há aumento da temperatura do corpo.</p>	<p>● 4-6%</p> <p>Comença o sono profundo: o cérebro começa a gerar ondas delta.</p>	<p>● 12-15%</p> <p>Sono bastante profundo, respiração rítmica. Há grande inibição. O sono é profundo.</p>	<p>● 20-25%</p> <p>Movimento rápido dos olhos. As ondas cerebrais são muito rápidas. Há relaxação e a temperatura corporal diminui. A respiração é rápida e profunda.</p>




RECÉM-NASCIDOS
entre 16 e 18 horas por dia



CRANCIAS
entre 10 e 12 horas por noite



ADULTOS
entre 7 e 8 horas por noite



ACIMA DE 65 ANOS
entre 5 a 7 horas por noite

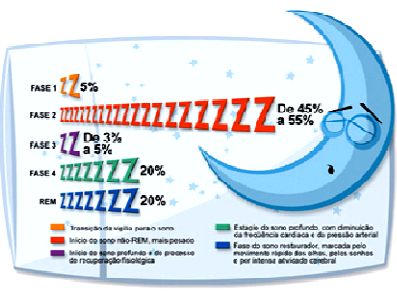
<http://cienciaevida.atarde.com.br/?cat=163>

Estágios do Sono

Estágio 1	<ul style="list-style-type: none"> • Melatonina é libertada • Indução do sono (sonolência) • Estimula o sistema imunitário <p style="text-align: center;">Sono pouco profundo</p>
Estágio 2	<ul style="list-style-type: none"> • Diminui o ritmo cardíaco e respiratório • Relaxam-se os músculos • Desce a temperatura corporal <p style="text-align: center;">Sono leve</p>

Estágios do Sono (cont.)

Estágio 3 e 4	<ul style="list-style-type: none"> • Pico de libertação do GH (aumenta tónus muscular) • Pico de libertação Leptina • Cortisol começa a ser libertado até atingir seu pico no início da manhã <p style="text-align: center;">Sono profundo</p>
Estágio 5 (REM)	<ul style="list-style-type: none"> • Pico da atividade cerebral (ocorrem os sonhos) • Atonia muscular • Aumenta a frequência cardíaca e respiratória <p style="text-align: center;">Sono REM</p>



*As percentagens referem-se ao tempo do sono que cada fase ocupa

http://www.foxy.com.br/Clientes/Saude/Dia/BevistaSaude/Em/Dia/paginas/Sonotrancil/C3%82/Ciclo_sono



Sono Adequado

Latência	Tempo necessário para adormecer
Eficiência	Tempo passado a dormir dividido pelo tempo passado na cama
Duração do sono	Tempo passado realmente a dormir

Perturbações do Sono

Fragmentação	Sono interrompido, voltando o ciclo do sono ao estágio 1
Dessincronização	Estar acordado no período de tempo em que é suposto estar a dormir

Privação do Sono



- **Secreção GH**
(obesidade; diminuição tónus muscular)
- **Secreção de Leptina**
(aumento ingestão carboidratos; obesidade)
- **Secreção de Insulina**
(aumenta a probabilidade da diabetes)
- **Secreção de melatonina**
(diminui resposta sistema imunitário, aumenta a susceptibilidade às infecções)



Privação do Sono



- **Secreção do cortisol**
(inibe acção insulina - aumenta a probabilidade diabetes)
(aumento adrenalina - aumenta a probabilidade HTA)



Uma prática de Enfermagem Avançada

Foco Enfermagem : SONO
Actividade Diagnóstica : Avaliar padrão sono do doente

Diagnóstico de Enfermagem

Sono alterado

Sono não alterado



Intervenções de Enfermagem



Avaliar o padrão de sono do doente



Planear o sono (períodos de 2h)



Restringir o sono durante o dia

Intervenções de Enfermagem



Gerir ambiente físico (ruído e luzes)




Optimizar ambiente




Vigiar o sono

Questões




Conclusão



“ O ambiente hospitalar frequentemente priva os doentes de estímulos sensoriais normais, enquanto os bombardeia com estímulos sensoriais não encontrados no ambiente doméstico.”

(Hudak, 1997)


Conclusão



“ O ruído contínuo é a mais cruel ausência de cuidados que se pode impor ao indivíduo doente ou saudável.”

(Florence Nightingale in Hudak, 1997)

Conclusão



O Enfermeiro tem uma posição privilegiada na abordagem da problemática da privação do sono, pois pode e deverá ter um papel mais activo na promoção de um sono de qualidade.

Bibliografia



- Barbosa, L.; Melo, M. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura - Rev Bras Enferm, Brasília 2008 maio-jun; 61(2): 366-70;
- Barrie-Shevin, P. Manutenção do equilíbrio sensorial no doente em estado crítico - Nursing 1988; 2 : 8-14;
- Cronfli, R. A importância do Sono. [Universidade Estadual de Campinas. Revista Cérebro & Mente Núcleo de Informática Biomédica](http://www.unesp.br/revistas/revista_cerebro_mente), 2002;
- Gutierrez et al. A poluição como fonte de estresse para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva - Rev Enferm UNISA 2000; 1: 126-9;
- <http://pt.wikilingue.com/es/Leptina>
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Cortisol>
- http://pt.wikipedia.org/wiki/G%C3%A2ndula_pineal
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Horm%C3%B4nio_do_crescimento
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. 2005. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005;
- Nieto, J.; Castro, F. Melatonina, ritmos biológicos e sono - uma revisão da literatura. Rev Bras Neurol (2008), 44 (1): 5-11;
- Olson et al. Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. American Journal of Critical Care (2001), Vol 10, Issue 2, 74-78;
- Reistein, J. - Sleep in Mechanical Ventilated Patients - Crit Care Nurs Clin N Am 17 (2005) 251-255;
- Stanchina et al. The influence of white noise on sleep in subjects exposed to ICU noise - Sleep Medicine 6 (2005) 423-428;
- Tamburri et al. Nocturnal Care Interactions with Patients in Critical Care Units - Am J Crit Care 2004;13:102-113;
- Tembo, A.; Parker, V. Factors that impact on sleep in intensive care patients- Intensive and Critical Care Nursing (2009) 25, 314-322;
- Walker, et al. Effects of guidelines implementation in a surgical intensive care unit to control nighttime light and noise levels - Crit Care Med 2000 Vol. 28, No. 7;
- Xie et al. Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units - Critical Care 2009, 13:208.



Obrigada

PLANO DE SESSÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO:

Tema da sessão: O Sono – Cuidados de enfermagem ao doente com o padrão de sono alterado

Objectivos:

- 1 - Aprofundar conhecimentos sobre o sono, em doentes internados;
- 2 - Estimular a prática profissional baseada na evidência.

Data e hora: 23 de Novembro de 2010, às 14h30m

Local: Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Pedro Hispano

Destinatários: Enfermeiros

Formadores: Ana Guedes

Duração: 20 minutos

ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS:

	Conteúdos	Metodologia	Recursos Didácticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do tema;• Objectivos do trabalho;	Expositiva	PC	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Definir o conceito de sono• Apresentar os vários estágios do sono e os processos metabólicos e fisiológicos envolvidos em cada um deles• Definir as principais perturbações do sono• Reflectir sobre a documentação dos cuidados de enfermagem.	Expositiva/ Participativa	PC	10 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Resumo de ideias;• Clarificação de dúvidas.	Expositiva	PC	5 min.

Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Universidade Católica Portuguesa – ICS Porto

Unidade Curricular Estágio – Módulo Cuidados Intensivos

Papel do Enfermeiro na Promoção do Sono

Ana Luísa Magalhães Guedes

Novembro de 2010

Siglas

EEG - Electroencefalograma

ICN - Internacional Council of Nurses

NREM - Non-Rapid Eyes Movements

REM - Rapid Eyes Movements

SMI - Serviço Medicina Intensiva

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

Índice

1 – Introdução.....4

2 – Sono.....5

 2.1 – Tipos de Sono.....5

 2.2 – Arquitectura do Sono.....6

 2.3 – Privação do Sono.....8

3 – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Padrão de Sono Alterado 10

4 – Conclusão.....11

5 – Referências.....12

I. Introdução

De acordo com Reishtein et al (2005) os hospitais são locais, onde os doentes não conseguem dormir e as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) parecem ser as que privam os doentes de descanso e sono; também Olson et al (2001) afirmam que os doentes em cuidados intensivos são na maioria das vezes privados de sono.

Atendendo a esta realidade e de acordo com uma necessidade sentida também pelo enfermeiro responsável do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) , onde decorre este estágio clínico, resolvi realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a temática do sono para poder:

- Aprofundar conhecimentos nesta área;
- Transmitir esses conhecimentos aos enfermeiros do SMI;
- Reflectir sobre que intervenções podem ser adoptadas para promover um padrão de sono adequado, em doentes internados.

O presente documento visa também uma pesquisa de evidência científica com objectivo de constituir a base teórica da apresentação realizada por mim em power point, para posteriormente ser apresentada aos enfermeiros do SMI do Hospital Pedro Hispano.

2. Sono

Da revisão bibliográfica efectuada verifiquei que existem várias definições do sono, apresentadas por diversos autores, que de uma forma geral se complementam umas às outras.

Optei no entanto por escolher aquela que nos é dada pelo Internacional Council of Nurses (ICN), pois será o ponto de partida para a identificação do fenómeno/intervenções de enfermagem que possam contribuir para a promoção do sono com qualidade, em doentes internados. Assim, o sono é:

“Repouso com as seguintes características específicas: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.” (ICN,2005. p.73)

O estado do sono é caracterizado por um padrão de ondas cerebrais diferentes do padrão do estado de vigília. De acordo com vários autores o sono é importante para a recuperação da saúde em situação de doença e a sua privação pode afectar a regeneração celular e a capacidade de resposta do nosso sistema imunitário.

“Pesquisas mostram que a manutenção dos ritmos circadianos é um factor a encorajar no doente em estado crítico, uma vez que estes ritmos influenciam muitas funções fisiológicas...”

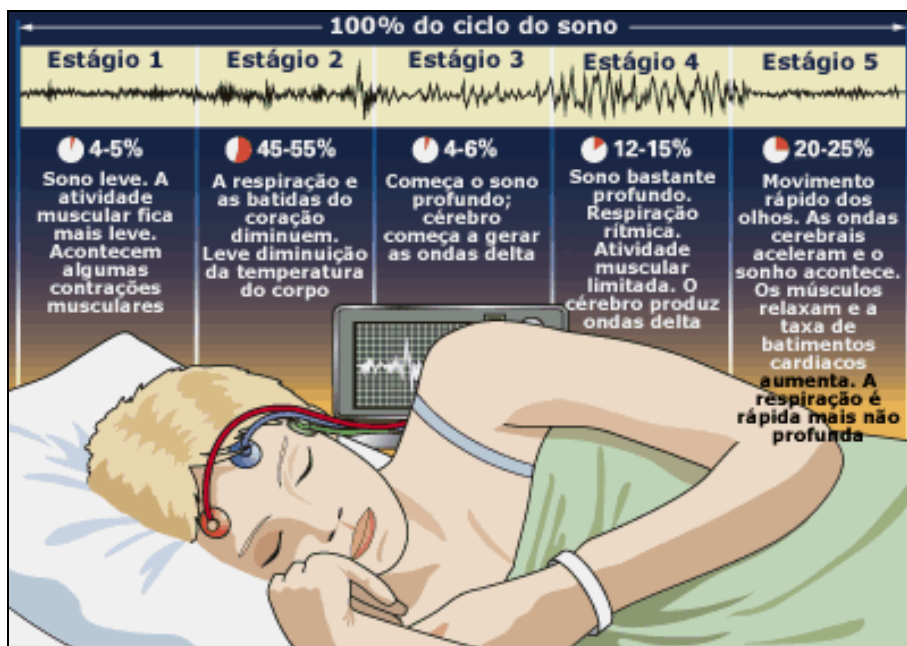
(Barrie-Shevlin, 1988)

2.1 Tipos de Sono

O sono divide-se em dois grandes grupos:

- Ortodoxo ou convencional
- Paradoxal

O primeiro tipo de sono é também chamado de **Sono NREM** (Non-Rapid Eyes Movements) e é caracterizado pelo movimento lento dos olhos, ocupa cerca de 75% do tempo total de sono e subdivide-se em quatro períodos distintos, conhecidos com estágios 1, 2, 3 e 4, nos quais a actividade cerebral registada por Electroencefalograma (EEG) vai variando e tendo características diferentes.



<http://cienciaevida.atarde.com.br/?cat=163>

O sono Paradoxal, também conhecido pelo **Sono REM** (Rapid Eyes Movements) em que , como o próprio nome indica, existe um movimento rápido dos olhos e grande actividade cerebral, ocupa 25% do total do sono e abrange apenas um estágio.

2.2 Arquitectura do Sono

De acordo com LAVIE (1998) num período de sono nocturno, um adulto saudável completa entre quatro a cinco ciclos de sono, sendo que cada ciclo é composto por cinco estágios que demoram em média 1h30m a 2h a ser completados.

Como já referi o sono NREM divide-se em quatro estágios distintos, contudo a maioria dos autores agrupam o estágio três e quatro por considerarem que são muito semelhantes, divergindo apenas no grau de profundidade do adormecimento (o sono é mais profundo no estágio quatro que no terceiro).

Passarei de seguida a descrever sucintamente o que sucede em cada um desses estágios, pois acontecem diversos processos metabólicos que penso ser necessário conhecer para depois perceber qual a sua importância na manutenção de todo o equilíbrio neurosensorial.

Estágio 1- Sono pouco profundo

Começa a libertação de Melatonina¹ que atinge o seu pico de libertação a meio da noite e a sua produção é inibida pela presença da luz. A melatonina vai induzir o sono e diminuir a temperatura corporal, provocando sonolência no indivíduo – começa o processo de adormecer. A acção da melatonina tem também um papel muito importante na estimulação do sistema imunitário, funcionando mesmo como uma substância antioxidante e portanto com acção importante na regeneração celular.

Este estágio é o mais curto demorando em média cerca de 4 a 5% do total do tempo de sono.

Estágio 2 - Sono leve

Caracteriza-se por a pessoa já dormir porém não profundamente. Os ritmos cardíaco e respiratório diminuem bem como a temperatura corporal e a tensão arterial. Verifica-se também um grande nível de relaxamento muscular, contudo o despertar através da estimulação táctil e fala é ainda fácil de acontecer.

Esta fase é a maior delas todas e dura aproximadamente entre 45 a 55% do tempo total de sono.

Estágio 3 e 4 - Sono profundo

Devido a serem muito semelhantes, aparecem associados quando são caracterizados, nestas fases os estímulos necessários para acordar são maiores.

Nestes dois estágios há produção em grandes quantidades da Hormona do Crescimento² e da Leptina³, atingindo mesmo o seu pico de libertação nesta fase do sono. A hormona do crescimento tem uma acção fundamental na síntese proteica, na estimulação do tónus muscular e na produção de massa óssea, logo tem um papel importante na reparação tecidual inibindo assim o catabolismo. Já a principal acção da leptina será a de reduzir a ingestão

¹ Hormona produzida pela Glândula Pineal

² Hormona produzida pela Hipófise

³ Chamada a proteína da saciedade

calórica, pois tem efeitos sobre a sensação de saciedade contribuindo assim para a regulação do peso corporal.

O Cortisol⁴ começa a ser libertado nestes estágios, até atingir seu pico no início da manhã. Sabe-se que a produção de cortisol aumenta bruscamente em resposta a situações de stress, fazendo com que haja um aumento da tensão arterial e aumento da percentagem de açúcar na circulação sanguínea. Por outro lado o cortisol vai ter uma acção de imunossupressor do sistema imunitário levando a uma diminuição do número de linfócitos circulantes.

Em conjunto estas duas fases representam cerca de 20% , num ciclo de sono.

Estágio 5 - Sono REM

O sono REM caracteriza-se por representar o pico da actividade cerebral. Acontece também o aumento da frequência cardíaca e respiratória em oposição a um relaxamento muscular muito intenso, considerado mesmo de atonia muscular (músculos esqueléticos). É durante este estágio que ocorrem os sonhos de uma forma muito intensa.

Esta fase representa cerca de 20 a 25% do tempo total de sono e é essencial para o bem estar físico e mental de qualquer indivíduo, pois tem uma função essencialmente reparadora.

2.3 Privação do Sono

Jean-Louis et al (1998) citado por Henriques (2008) referem que a privação do sono leva a um aumento da fadiga, confusão, depressão e diminuição do estado de alerta, vigor e memória a curto prazo.

Também nas conclusões do estudo de Roth (2004) citadas por Henriques (2008) os impedimentos para dormir podem reduzir o tempo de sono efectivo e capacidade de o manter, afectando tanto a vigília como o sono. As consequências desta situação vão repercutir-se numa sonolência excessiva diurna e diminuição do estado de alerta.

⁴ Hormona glicocorticosteroíde produzida pela Glândula Supra-renal, conhecida também como a hormona do Stress

Helton et al (1980) e Morgan e White (1983) citados por Barrie-Shevlin (1988), fizeram estudos sobre o sono em pacientes internados em unidades de cuidados intensivos e identificaram três factores principais associados à privação do sono:

- **Intervenções de enfermagem:** Morgan e White mostraram que 80% dos enfermeiros sentiam que os cuidados de enfermagem contribuíam para a privação do sono, enquanto que 20% o citava como sendo uma causa absoluta desse fenómeno;
- **Dor:** 66% dos enfermeiros contactados por Morgan e White pensam que a dor é a principal responsável pela interrupção do sono;
- **Ruídos e iluminação:** Segundo os autores atrás referidos 66,6% dos enfermeiros têm noção que a luz e o barulho são responsáveis pela fragmentação do sono, levando assim à sua privação. É importante pois reduzir os níveis de ruído nas unidades de cuidados intensivos bem como o nível de luminosidade, durante o período nocturno, permitindo fazer a distinção entre a noite e o dia.

Atendendo ao que foi referido no capítulo anterior, em que se descreve que processos metabólicos ocorrem em cada estágio do sono, será fácil agora perceber que implicações pode trazer a um individuo que esteja internado numa unidade de cuidados intensivos e que seja privado de um sono de qualidade. Resumidamente acontece o seguinte:



- Secreção Hormona do crescimento - obesidade; diminuição tónus muscular e massa óssea;
- Secreção de Leptina - aumenta da ingestão carboidratos consequentemente leva à obesidade;
- Secreção de Insulina - aumenta a probabilidade da diabetes
- Secreção de melatonina - diminui resposta sistema imunitário, aumenta a susceptibilidade às infecções.



- Secreção do cortisol - aumenta a probabilidade da diabetes (pois tem uma acção antagonista da insulina) e aumenta a susceptibilidade às infecções.

3. Cuidados de Enfermagem ao Doente com Padrão de Sono Alterado

O Enfermeiro tem uma posição privilegiada na abordagem desta problemática da privação do sono, pois segundo Helton et al citado por Barrie-Shevlin (1988) enquanto a contribuição médica cessa ou é marcadamente reduzida no período da noite as intervenções de enfermagem continuam através das 24h. Ora se por um lado podemos ser os principais responsáveis pela interrupção do sono dos doentes, podemos também ser aqueles que têm um papel mais activo na promoção do sono, sabendo que iremos produzir benefícios na recuperação dos doentes internados, tanto a curto como a longo prazo.

No que concerne ao processo de enfermagem, o foco da nossa atenção será o :

SONO

“Repouso com as seguintes características específicas: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.” (ICN, 2005. p.73)

Actividade Diagnóstico: Avaliar padrão sono do cliente

Diagnóstico de Enfermagem: Sono Alterado/ Sono não Alterado

Intervenções de Enfermagem:

- **Planear o sono**

Promover períodos ininterruptos de sono entre 2-3horas, durante a noite

- **Restringir o sono durante o dia**

Em algumas situações pode ser benéfico providenciar um pequeno descanso no período da tarde

- **Gerir ambiente físico**

Diminuir o ruído e intensidade da luz durante a noite (23H-06h)

Controlo da temperatura ambiente

- **Optimizar ambiente**

Maximizando no mais possível as acções atrás descritas

- **Vigiar o sono**

Através da observação directa, tentar perceber quanto tempo seguido o doente dormiu

4. Conclusão

“Várias pesquisas mostraram que muitos enfermeiros falham na avaliação da necessidade de dormir, aquando da elaboração do plano de cuidados não compreendendo os estádios do sono e os seus ciclos específicos” (Barrie-Shevlin, 1988, p.10). Espero portanto ter conseguido com a realização deste trabalho, por um lado ter transmitido conhecimentos sobre como se desenrola um ciclo de sono e que mecanismo metabólicos e fisiológicos estão envolvidos nesse processo e por outro lado ter despertado o interesse nos enfermeiros do serviço, para que possam estar mais despertados e atentos a esta problemática e quem sabe até futuramente realizar um estudo científico sobre a qualidade do sono, dos doentes internados nesta unidade de cuidados intensivos.

Medidas para reduzir as privações do sono nas UCI poderão não ser muito fáceis de implementar, contudo penso que somos nós os enfermeiros que poderemos ter um papel activo e muito importante, pela proximidade e conhecimento que temos dos doentes que cuidamos.

Este trabalho possibilitou-me o aprofundamento dos conhecimentos nesta área e despertou-me o interesse por realizar ainda mais pesquisa, nomeadamente sobre tipos de escalas que permitam avaliar com mais rigor a tal desejada qualidade do sono.

5. Referências Bibliográficas

- *DM Olson, CO Borel, DT Laskowitz, DT Moore, and ES McConnell* .Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. *American Journal of Critical Care*, Vol 10, Issue 2, 74-78, 2001;
- <http://pt.wikilingue.com/es/Leptina>
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Cortisol>
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Gl%C3%A2ndula_pineal
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Horm%C3%B4nio_do_crescimento
- INTERNACIONAL COUCIL OF NURSES. 2005. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 1.0. Lisboa:Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- REGEANE, T. - A Importância do Sono. Universidade Estadual de Campinas. Revista Cérebro & Mente Núcleo de Informática Biomédica, 2002.

ANEXO 5

“Hipertensão Intracraniana”

Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Universidade Católica Portuguesa – ICS Porto

Unidade Curricular: Estágio – Módulo Cuidados Intensivos

Hipertensão Intracraniana

Revisão Bibliográfica

Ana Luísa Magalhães Guedes

Outubro de 2010

Siglas

FSC - Fluxo Sanguíneo Cerebral

HIC – Hipertensão Intracraniana

PAM - Pressão Arterial Média

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

RNM - Ressonância Nuclear Magnética

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TCE- Traumatismo Crânio- Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Índice

1. Introdução	3
2. Pressão Intracraniana	4
3. Circulação Cerebral: Fluxo Sanguíneo e Pressão de Perfusão Cerebral	5
4. Edema Cerebral	6
5. Manifestações Clínicas da HIC	7
6. Controlo e Monitorização da PIC	9
7. Exames Complementares	10
8. Cuidados de Enfermagem	12
9. Referências Bibliográficas	15

I. Introdução

Este pequeno trabalho consiste numa breve abordagem sobre a hipertensão intracraniana (HIC) que é uma condição clínica que acomete muitos pacientes em unidades de cuidados intensivos (UCI), que pode ter origem em diferentes anormalidades, tanto a nível do sistema nervoso central como a nível sistémico, sendo uma das consequências mais comuns de lesão cerebral (Giugno et al., 2003).

A escolha do tema deve-se ao facto de como atrás já foi referido, ser uma situação que acontece com alguma frequência e para além disso vai servir-me de suporte teórico para outro trabalho que pretendo desenvolver sobre um Estudo de Caso de um doente com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), do qual resultou uma HIC.

Para tal recorri a uma revisão bibliográfica sobre o tema para definição de alguns conceitos gerais, tratamento e controlo da HIC, onde o enfermeiro assume um papel fundamental na assistência a doentes com este tipo de problema, tanto autónoma como interdependentemente.

2. Pressão Intracraniana

A pressão intracraniana (PIC) pode ser definida como a pressão hidrostática encontrada no interior da caixa craniana, nomeadamente no espaço subaracnóideo ventricular e lombar, tendo como referência a pressão atmosférica, no indivíduo em posição supina (Nocite, 1989; Carlotti, Colli e Dias, 1998). Segundo alguns autores, em condições normais, os seus valores variam de 0 a 10 mmHg ou, segundo outros, de 5 a 15 mmHg (Nocite, 1989; Carlotti, Colli e Dias, 1998; Swearing e Keen, 2001). Valores entre 20 a 40 mmHg são considerados moderadamente elevados e os acima de 40 mmHg, gravemente elevados. Nos pacientes com TCE, a PIC está quase sempre elevada e, caso se mantenha com valores acima de 60 mmHg, é quase sempre fatal (Carlotti, Colli e Dias, 1998).

O crânio é um compartimento rígido que contém o tecido cerebral propriamente dito, liquor, sangue e fluido extracelular. A PIC reflecte a relação entre esse conteúdo e o volume do crânio, que pode ser considerado constante (Carlotti, Colli e Dias, 1998). Nada ocupa espaço dentro da caixa craniana sem subtrair o espaço ocupado por um dos seus componentes. Por outras palavras, qualquer situação que provoque o aumento de volume de um componente intracraniano obriga à diminuição dos outros, para que não ocorra aumento da PIC (Giugno et al., 2003). Normalmente, o processo de compensação sobrevém às custas da diminuição do volume de liquor e sangue, uma vez que a massa cerebral é menos compressível (Giugno et al., 2003).

Quando existe uma lesão cerebral e à medida que esta aumenta de volume, pode haver diminuição da capacidade dos mecanismos de compensação continuarem a sua função o que implica um aumento progressivo da PIC. Por sua vez um aumento da PIC pode provocar diminuição da perfusão cerebral, levando a uma isquemia celular com conseqüente morte de massa encefálica.

3. Circulação Cerebral: Fluxo Sanguíneo e Pressão de Perfusão Cerebral

As alterações que ocorrem a nível do fluxo sanguíneo cerebral (FSC) são muito importantes na fisiopatologia da HIC, especialmente na lesão cerebral por trauma craniano. Após este dano, o fluxo está precocemente reduzido e representa um dos focos a ter em conta na estratégia terapêutica (Giugno et al., 2003).

O FSC está relacionado com a pressão de perfusão cerebral (PPC) e a resistência vascular cerebral, sendo-lhe directa e inversamente proporcional, respectivamente (Carlotti, Colli e Dias, 1998). Além disso, responde a variações da pressão arterial média (PAM), pressão parcial de dióxido de carbono arterial ($paCO_2$) e pressão parcial de oxigénio arterial (paO_2) (Giugno et al., 2003).

A teoria mais aceite para a regulação do FSC é a metabólica, que se baseia na premissa de que os músculos das paredes vasculares são influenciados por metabólitos vasodilatadores, produzidos nos tecidos vizinhos (Carlotti, Colli e Dias, 1998).

A PPC pode ser facilmente calculada, visto ser a diferença entre a PAM e a PIC. O seu valor normal é de 70 a 90 mmHg e, em casos de lesão, o recomendado para a manutenção de um adequado FSC é de 50 mmHg (Nocite, 1989; Carlotti, Colli e Dias, 1998; Giugno et al., 2003). Existem evidências de que quando a PPC sofre redução a valores inferiores a isso, ocorre a um decréscimo proporcional no fluxo e subsequente isquemia cerebral (Nocite, 1989).

4. Edema Cerebral

O edema cerebral é uma ocorrência muito frequente das lesões cerebrais, pelo que vou especificá-lo um pouco mais detalhadamente. No fundo, não é mais do que a acumulação de líquido nos espaços intersticial e/ou intracelular que resulta de uma inadequação dos mecanismos de transporte de água e de electrólitos entre os capilares e os espaços extra e intracelular. Consoante o seu mecanismo de formação, pode ser dividido, essencialmente, em vasogénico ou citotóxico (Carlotti, Colli e Dias, 1998).

O edema citotóxico, também denominado de celular, consiste na acumulação de líquido no espaço intracelular, caracterizado por um aumento do volume intracelular e redução do volume extracelular (Carlotti, Colli e Dias, 1998). O mecanismo ultra-estrutural deste tipo de edema é a alteração da membrana celular e a situação clínica em que ele ocorre com maior frequência é a isquemia – por alteração no suporte energético das trocas iónicas ao nível da membrana, tanto no neurónio como nas outras células. *Segundos após a falência da bomba de sódio (Na^+) e potássio (K^+), verifica-se o acúmulo de água e Na^+ dentro da célula e de K^+ no líquido extracelular, cujo grau depende da duração e intensidade da isquemia* (Carlotti, Colli e Dias, 1998, p. 554).

O edema vasogénico resulta da quebra da barreira hematoencefálica, provocando o aumento da permeabilidade do endotélio capilar e permitindo o extravasamento de componentes do plasma para o espaço intersticial (Carlotti, Colli e Dias, 1998). *A partir do local da lesão, o líquido do edema espalha-se pela substância branca adjacente, por gradiente de pressão* (Carlotti, Colli e Dias, 1998, p. 554).

O edema cerebral pode levar a um aumento da PIC, com conseqüente diminuição da pressão de perfusão cerebral (PPC) e, portanto, do FSC. Esta, por sua vez, pode conduzir à hipóxia e posterior isquemia cerebral, encerrando um ciclo vicioso que, se não for impedido pelos mecanismos normais de reabsorção ou por medidas terapêuticas, leva à interrupção do FSC – principal parâmetro clínico para a determinação da morte cerebral (Carlotti, Colli e Dias, 1998).

5. Manifestações Clínicas da HIC

Nos adultos e nas crianças maiores, as manifestações clássicas da HIC são a cefaleia, as alterações visuais (como por exemplo a diplopia), as náuseas e os vômitos. Outros sinais que podem ser observados são os distúrbios psíquicos, tonturas, alterações discretas na marcha e paresia do VI nervo craniano, que se manifesta com o desvio medial do olho (Barraquer-Bordas, 1968; Colli, 1990; Marmarou e Tabaddork, 1993; Lee e Hoff, 1996; Oriot e Nassimi, 1998; cit. por Carlotti, Colli e Dias, 1998).

A manifestação mais frequente da HIC é talvez a cefaleia e ocorre pelo aumento da pressão e distensão da dura-máter, dos vasos e dos nervos cranianos, que são estruturas que têm terminações nervosas sensitivas (Carlotti, Colli e Dias, 1998). Geralmente, é mais intensa no período da manhã e pode ir diminuindo durante o dia, já que, quando o paciente permanece na posição supina, o retorno venoso é facilitado e a PIC diminuída.

Os vômitos também são um sinal característico de HIC e devem-se ao aumento da pressão e à irritação do assoalho do quarto ventrículo cerebral (Carlotti, Colli e Dias, 1998). Contudo, e à semelhança da cefaleia, são comuns a muitas outras doenças, não podendo ser a HIC diagnosticada apenas com base nos mesmos.

O edema papilar ou papiledema é um sinal que, na maioria das vezes, é indicativo de HIC. Este ocorre por propagação retrógrada da hipertensão pelo espaço subaracnóideo ao redor do nervo óptico, que funciona como um manguito e dificulta o retorno venoso pela veia oftálmica, que tem um trajecto parcial dentro do nervo (Carlotti, Colli e Dias, 1998, p. 555). O exame do fundo do olho permite detectar o edema da papila e é, por isso, uma importante parte do exame clínico ao paciente.

Os achados clínicos nos pacientes com HIC variam desde situações com exame neurológico normal até aquelas em que há sinais inequívocos de comprometimento do SNC, estando o quadro clínico depende da velocidade de instalação da hipertensão e da capacidade de acomodação do volume intracraniano dentro da calota craniana (Shapiro, 1997 e Shetty et al., 1999, cit. por Giugno et al., 2003, p. 289).

Na avaliação inicial é muito importante a história dos sinais e sintomas, no sentido de tentar perceber a partir de que momento/situação é que eles surgiram, como evoluíram e qual a gravidade do trauma. Desta forma, a idade do paciente, a determinação da altura da queda, o

mecanismo de impacto, assim como a evolução dos sinais e sintomas desde o incidente (como o nível de consciência, a presença de sinais neurológicos focais, a ocorrência de crise convulsiva e a presença de cefaleia), auxiliam na determinação dos riscos do trauma (Giugno et al., 2003, p. 289).

A HIC pode ainda determinar outros sinais e sintomas, que resultam das *herniações do tecido cerebral e do deslocamento cefalocaudal do tronco cerebral, geralmente causados por lesões expansivas supratentoriais* (Carlotti, Colli e Dias, 1998, p. 555). Havendo aumento da pressão em apenas um dos hemisférios cerebrais poderá ocorrer a chamada herniação uncal, enquanto que se o aumento da pressão ocorrer em ambos os hemisférios, a consequência poderá ser uma herniação central (Giugno et al., 2003).

6. Controlo e Monitorização da PIC

O controlo da PIC é uma das exigências recorrentes para uma abordagem inicial eficaz a um paciente com HIC, sendo muito comum a monitorização deste parâmetro. A monitorização ideal da avaliação da PIC é através do seu registo contínuo, sendo a sua monitorização isolada inadequada (Carlotti, Colli e Dias, 1998).

A medida real da PIC é sempre invasiva, estando a indicação para a mesma dependente de uma avaliação de risco/benefício para o paciente. Há situações em que a sua monitorização é absolutamente necessária, como é o caso dos TCE, enquanto que noutras ela pode ou não ser usada, conforme a decisão médica (como casos graves de isquemia cerebral, pós-operatório de neurocirurgia, meningite grave, entre outros) (Carlotti, Colli e Dias, 1998; Brain Trauma Foundation, 2000 cit. por Giugno et al., 2003).

A PIC pode, ser monitorizada através do estabelecimento de uma coluna líquida entre o Líquido Cefalorraquidiano e um transdutor de pressão, através da implantação do mesmo no espaço epidural, subaracnóideo ou intraventricular (Carlotti, Colli e Dias, 1998), mas o sistema de monitorização mais utilizado actualmente apresenta um transdutor na extremidade de um cateter semi-rígido, que pode ser colocado no ventrículo (dreno/cateter ventricular), no parênquima ou no espaço subaracnóideo e que, através de uma fibra óptica, é conectado ao aparelho que regista os valores da pressão (Carlotti, Colli e Dias, 1998; Giugno et al., 2003). A monitorização no espaço extradural é menos invasiva, mas a transmissão da PIC é mais difícil e exige o uso de transdutores de pressão mais sofisticados, que são aplicados directamente sobre a dura-máter (Carlotti, Colli e Dias, 1998; Giugno et al., 2003).

7. Exames Complementares

Nos casos de suspeita de HIC, são realizados estudos de imagem com o objectivo de confirmar o diagnóstico e avaliar a localização e o grau de extensão das lesões. Seguidamente, são referidos alguns dos exames complementares mais importantes e mais frequentemente realizados em pacientes com HIC:

- Tomografia Axial Computorizada (TAC)
- Ressonância Nuclear Magnética (RNM)
- Angiografia Cerebral.

Qualquer pessoa com suspeita de HIC e que apresente algum sinal físico de traumatismo craniano, alteração do nível de consciência ou déficit neurológico focal, deve ser submetida à Tomografia do Crânio, para diagnóstico etiológico e topográfico das eventuais lesões (Mazzola, 2002 cit. por Giugno et al., 2003). A TAC é o exame ideal para pacientes com HIC aguda (Carlotti, Colli e Dias, 1998)

A TAC, apesar de não permitir predizer o valor da PIC, fornece dados indirectos importantes para a sua avaliação, entre os quais a *presença de uma lesão expansiva, geralmente com efeito de massa (desvio de estruturas normais de sua posição original), desvio da linha média, desaparecimento dos ventrículos laterais e do terceiro ventrículo, dilatação do sistema ventricular, principalmente se acompanhado de hipodensidade ao redor (transudato periventricular), desaparecimento das cisternas perimesencefálicas e visualização de herniações intracranianas* (Carlotti, Colli e Dias, 1998, p. 558).

A presença de um volume encefálico aumentado, evidenciada pela compressão ou obliteração das cisternas mesencefálicas, é fortemente associada a um subsequente desenvolvimento de HIC (Giuigno et al., 2003). Achados do estudo de imagem como *borramento da substância branca e cinza cerebrais, perda do espaço subaracnóide e compressão ventricular* são sugestivos de edema cerebral (Giuigno et al., 2003, p. 290).

Em relação à Ressonância Nuclear Magnética Cerebral, é um exame que, por si só, não acrescenta dados para a indicação de tratamento da HIC (Giuigno et al., 2003). Contudo, ao demonstrar a anatomia intracraniana de forma mais detalhada que a TAC, pode fornecer melhores dados e permite estabelecer uma correlação significativa entre a extensão da lesão e o prognóstico cognitivo (Bell, 1987 cit. por Carlotti, Colli e Dias, 1998; Giugno et al., 2003).

Por essa razão, é frequentemente indicada para efectuar uma avaliação da extensão da lesão cerebral e do tronco cerebral (Mazzola, 2002 cit. por Giugno et al., 2003, p. 290), contudo a RNM é um exame de alto custo, que não é adequado para pacientes em estado crítico grave e na fase aguda, já que é um exame demorado e que exige o uso de aparelhos especiais, não magnéticos, para pacientes com ventilação mecânica (Carlotti, Colli e Dias, 1998).

Finalmente a Angiografia Cerebral é um exame que pode ser utilizado na demonstração de doenças vasculares potencialmente causadoras de HIC (fístulas durais arteriovenosas e obstruções das veias jugulares, por exemplo) e ainda como terapia endovenosa, se utilizada para a desobstrução de seios e veias cerebrais (Carlotti, Colli e Dias, 1998).

8. Cuidados de Enfermagem

O tratamento da HIC visa, essencialmente, a remoção da sua causa e a prevenção das suas complicações (Carlotti, Colli e Dias, 1998; Giugno et al., 2003). Neste sentido, as intervenções são dirigidas para a redução da PIC, a maximização da PPC e, conseqüentemente, a optimização da oferta de oxigénio ao cérebro – que dependem, também, de ventilação adequada, da função cardíaca e da perfusão sistémica (Giuigno et al., 2003).

O atendimento imediato, objectivando o correcto diagnóstico e a estabilização do paciente é essencial. O tratamento de rotina deve, portanto, incluir medidas que visem a estabilização global do paciente, assim como medidas específicas para controlar a PIC (Carlotti, Colli e Dias, 1998; Giugno et al., 2003). Como estas últimas são mais práticas do âmbito médico, mesmo que com intervenções de enfermagem interdependentes associadas, optei por, neste trabalho só referir as medidas ou intervenções gerais, nas quais os enfermeiros podem desempenhar um papel autónomo.

O enfermeiro desempenha aqui um importante papel, pois deve adoptar medidas de controlo da PIC e intervenções que visem minimizar os episódios de PIC aumentada (Carpenito-Moyet, 2005). Estas medidas pretendem identificar e verificar a evolução dos sinais e os sintomas de pressão intracraniana aumentada (Carpenito-Moyet, 2005).

- **Monitorizar Escala de Coma de Glasgow:**

Investigar a resposta de abertura dos olhos, resposta motora e resposta verbal: *O tecido cerebral está comprometido pelas deficiências do suprimento de sangue ao cérebro causadas por hemorragia, hematoma, edema cerebral, trombo ou êmbolo. Essas respostas avaliam a capacidade do cliente para integrar os comandos aos movimentos conscientes e involuntários. A função cortical pode ser investigada pela avaliação da abertura dos olhos e da resposta motora. A ausência de resposta pode indicar dano ao mesencéfalo* (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905).

- **Monitorizar sinais vitais:**

Investigar mudanças nos sinais vitais (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905):

- *Modificações no pulso*, nomeadamente frequência cardíaca menor que 60 bpm ou maior que 100 bpm: *A bradicardia é um sinal tardio de isquemia do tronco cerebral. A taquicardia pode indicar isquemia hipotalâmica e descarga simpática (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905).*

- *Irregularidades respiratórias*, nomeadamente a diminuição da frequência respiratória com o alongamento dos períodos de apnéia: Os padrões respiratórios variam conforme o local da lesão - um aumento gradual da FR seguido de uma diminuição, também ela gradual, e períodos de apnéia (respiração de Cheyne-Stokes), aponta para danos em ambos os hemisférios cerebrais, mesencefalo e ponte superior; a respiração atáxica, caracterizada por uma FR irregular com consequência aleatória de respiração profunda e rasa, indica uma disfunção da ponte; a hiperventilação central ocorre quando existem lesões no mesencefalo e ponte superior; a hipoventilação e a apnéia ocorrem com lesões medulares (Carpenito-Moyet, 2005).

- *Pressão arterial em elevação e/ou pressão do pulso ampliando-se (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905):* A pressão arterial sistólica aumentada e o aumento da pressão do pulso são sinais tardios da isquemia do tronco cerebral, podendo levar a herniação cerebral (Carpenito-Moyet, 2005).

- **Investigar as respostas pupilares:**

Modificações indicam pressão sobre os nervos ópticos ou oculomotores (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905).

- **Elevar a Cabeceira da Cama 30 a 45°, se não houver contra-indicação:**

A cabeça deve ser mantida numa posição neutra e a sua leve elevação pode auxiliar a drenagem venosa, optimizando o retorno venoso, reduzindo a congestão cerebrovascular e diminuindo, dessa forma, a PIC (Carlotti, Colli e Dias, 1998; Giugno et al., 2003; Carpenito-Moyet, 2005).

- **Evitar as seguintes situações ou manobras que podem aumentar a PIC:**

(Lee, 1989, Thelan et al., 1998, cit. por Carpenito-Moyet, 2005, p. 905)

- *Massagem na carótida:* Diminui a frequência cardíaca e reduz a circulação sistêmica, que é seguida por súbito aumento da circulação e, conseqüentemente, da pressão arterial média (Carpenito-Moyet, 2005).

- *Flexão ou rotação extrema do pescoço:* A flexão ou rotação da cabeça inibe a drenagem venosa jugular, o que aumenta a congestão cerebrovascular e aumenta a PIC. A cabeça deve ser mantida numa posição neutra e, quando houver necessidade de mobilização do paciente, deve ser mantida em alinhamento com a coluna (Carlotti, Colli e Dias, 1998; Giugno et al., 2003; Carpenito-Moyet, 2005).

- *Flexão extrema dos quadris e dos joelhos:* A flexão aumenta a pressão intra-torácica, que inibe a drenagem venosa jugular, aumentando a congestão cerebrovascular e, assim, a PIC (Carpenito-Moyet, 2005).

- *Mudanças rápidas de posição:* A posição em decúbito dorsal melhora a drenagem venosa, a reabsorção de líquido e a ventilação, enquanto que mudanças rápidas de decúbito contribuem para o aumento da PIC, por aumento das pressões intra-abdominais e intra-torácicas (Carlotti, Colli e Dias, 1998; Giugno et al., 2003).

- **Monitorizar a Temperatura:**

A função do hipotálamo, se prejudicado, pode interferir na regulação da temperatura, necessitando de intervenção (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905).

- **Manter o paciente normotérmico:**

É muito importante evitar agressivamente a hipertermia, já que esta pode *aumentar o metabolismo cerebral* (Giuigno et al., 2003, p. 292). *A hipotermia pode reduzir a pressão intracraniana, enquanto a hipertermia pode aumentá-la* (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905).

9. Referências Bibliográficas

CARLOTTI, Carlos G.; COLLI, Benedicto O.; DIAS, Luiz A. A - Hipertensão intracraniana. *Medicina, Ribeirão Preto* [em linha]. Vol. 31, (Out./Dez. 1998) p. 552-562;

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

GIUGNO, Katia M. [et al.] – Tratamento da hipertensão intracraniana. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)* [em linha]. Vol. 79, n° 4 (Jun. 2003), p. 287-96;

NOCITE, José Roberto – Fisiopatologia e Controle da Pressão Intracraniana. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. [em linha] Vol. 39, n° 5 (Set./Out. 1989) p. 375-380.

ANEXO 6

“Traumatismo Crânio-Encefálico”

Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Universidade Católica Portuguesa – ICS Porto

Unidade Curricular: Estágio – Módulo Cuidados Intensivos



ESTUDO DE CASO

Ana Luísa Magalhães Guedes

Novembro de 2010

SIGLAS

ECG - Escala de Coma de Glasgow

HPH – Hospital Pedro Hispano

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico

PIC - Pressão Intracraniana

INDÍCE

1 – Introdução.....	3
2 – Estudo de Caso.....	4
2.1 – Relato do Caso.....	5
3 – Traumatismo Crânio-encefálico	8
4 – Plano de cuidados de Enfermagem	10
5 – Conclusão	29
6 - Referências Bibliográficas	30

Anexos

Anexo 1 – Escala de Braden

Anexo 2 – Escala de Coma de Glasgow

I. INTRODUÇÃO

No decorrer do Estágio – Módulo Cuidados Intensivos, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Pedro Hispano, propus-me a desenvolver um estudo de caso, que aqui apresento, com o propósito de conceptualizar os cuidados de enfermagem prestados. Neste sentido, considereei pertinente estruturá-lo através de um processo de enfermagem – plano de cuidados, respondendo assim a um dos objectivos inicialmente traçados para este estágio.

O caso foi escolhido em concordância com os enfermeiros tutores, sendo o cliente distinguido um doente de foro neurocrítico, nomeadamente uma vítima de acidente de viação, com conseqüente traumatismo crânio-encefálico (TCE), patologia frequente nos clientes admitidos no SMI. Ao cliente em causa foram diagnosticados outros problemas médicos, mas por opção vou focar-me mais no TCE visto ser aquele que maior relevância tem para o caso.

Este estudo de caso não deve ser, contudo, considerado genuíno/autêntico, uma vez que foi realizado como trabalho académico e não científico ou de investigação. Como tal, não responde a algumas características definidoras deste tipo de estudo. Além disso, o meu contacto com o cliente em causa acabou por ser reduzido e não de forma contínua, limitando-se apenas a alguns turnos.

Para uma melhor compreensão deste trabalho, decidi iniciá-lo com uma breve exposição teórica sobre as características de um estudo de caso, seguida da apresentação do cliente em estudo e a sua evolução nos dias em que fui responsável pela prestação de cuidados. Faço apenas uma pequena revisão bibliográfica sobre o TCE, uma vez que realizei um outro trabalho, mais extenso e completo sobre a Hipertensão Crâniana onde é abordado também o TCE. Esse trabalho teve também como objectivo servir-me de sustentação teórica para a concepção de cuidados de enfermagem ao cliente em questão. Após isto, apresentarei então, o processo de enfermagem com o respectivo plano de cuidados, tendo em atenção os focos e diagnósticos de enfermagem mais importantes.

2. ESTUDO DE CASO

Os autores diferem quanto à definição de estudo de caso enquanto método ou como abordagem, sendo que para Hamel et al. (1993) é mais apropriado definir o estudo de caso como uma abordagem, apesar de o nome sugerir que seja um método. Um estudo de caso deve ser uma investigação de profundidade, em que podem ser utilizados vários métodos para recolher diversos tipos de informações. Não obstante, a observação é considerada a base dos estudos de caso, constituindo-se o método de investigação deste tipo mais frequentemente utilizado (Bisquera, 1989).

Segundo Bisquera (1989), o estudo de caso é uma análise profunda de um indivíduo ou grupo reduzido de indivíduos considerados, respectivamente, de forma individual ou global, cujo objectivo consiste em estudar e analisar intensivamente os fenómenos que constituem o ciclo vital da unidade, com vista em estabelecer generalizações sobre a população à qual pertence.

A principal vantagem dos estudos de caso é o facto de estes permitirem relacionar a teoria com a prática, proporcionando uma percepção através de exemplos específicos, acontecimentos ou situações. Como desvantagem, apresentam o facto de serem estudos muito complexos, morosos e difíceis de levar a cabo, cujo acesso aos dados levanta problemas, pois o investigador tem de ter em consideração os problemas de confidencialidade dos dados, os limites entre o público e o privado, preservando o anonimato dos indivíduos. Levanta também problemas quanto aos efeitos da implicação do investigador na realidade que estuda e os seus reflexos nos resultados obtidos.

Os estudos de caso são um tipo de estudos muito particulares e que para serem eficientes devem ter o seu objecto de estudo bem definido, o caso escolhido deve ser representativo do problema ou fenómeno a estudar, os materiais e dados devem ser recolhidos com precaução, a linguagem deve ser homogénea e clara e as conclusões produzidas devem ser bem explícitas e representar informações novas, apesar de baseadas na análise das informações de campo (Hamel et al., 1993).

Concluindo, um estudo de caso é um modo de investigação qualitativa, que consiste numa observação detalhada de diversas variáveis de um contexto, indivíduo ou acontecimento específico (o caso), em que são transportados para casos gerais, factos observados num caso específico – generalização dos factos. Para o realizar, o investigador deve seguir um esquema

que depende do enquadramento teórico, das suas finalidades, objectivos e recursos disponíveis.

2.1 Relato do Caso

Apresento, então, o relato de um cliente politraumatizado, vítima de acidente de viação do qual resultou projecção do acidentado, com consequente traumatismo crânio-encefálico, cervical e torácico.

Numa primeira parte, apresento os dados que consegui recolher, referentes à admissão do cliente no SMI, na qual tive oportunidade de participar directamente, uma vez que colaborei na prestação de cuidados de enfermagem em conjunto com o meu tutor. Numa segunda parte, efectuo uma breve revisão bibliográfica sobre a patologia em causa, o TCE, seguido de uma terceira parte onde, à semelhança da anterior, faço uma sucinta explanação sobre alguns exames complementares, complicações ocorridos no caso exposto. Numa quarta parte descrevo, sumariamente, a evolução do estado clínico do cliente ao longo dos dias do seu internamento, abordando apenas aqueles em que estive presente e referindo unicamente dados novos relativamente aos anteriormente apresentados. Numa quinta e última parte apresento, por fim, o plano de cuidados que efectuei, tendo essencialmente por base os dias em que fiquei responsável pelo cliente em causa.

ADMISSÃO NO SMI:

- Dia 06 de Outubro de 2010, turno da Tarde;

DADOS GERAIS:

- Homem, 34 anos de idade, vítima de acidente de viação, trazido ao serviço de urgência (SU) do HPH pelos bombeiros que o socorreram no local do acidente;
- Deu entrada no SU com respiração ruidosa e tubo de Guedel colocado;
- Avaliada Escala Coma de Glasgow igual a 5 (abertura dos olhos =2; resposta verbal = 1 e resposta motora = 2);
- Realizada entubação orotraqueal com tubo nº8, sob sedação e analgesia.

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO NO SMI:

- Traumatismo crânio-encefálico grave (ECG = 5)
- Trauma cervical fechado (fractura da C4 e C5)
- Trauma torácico fechado (contusão pulmonar à direita)

AValiação DO CLIENTE À ENTRADA:

- Sedado com Propofol 2% e analgesiado com Fentanil,
- Pupilas isocóricas e foto reactivas;
- Estável hemodinamicamente;
- Catéter Arterial, na artéria radial direita;
- Ventilado artificialmente – ventilação mecânica invasiva, modo de volume e pressão controlado;
- Entubado com tubo orotraqueal nº8;
- Entubado com sonda nasogástrica nº 18, com drenagem hemática;
- Aliviado com sonda vesical de folley nº 16;
- Escoriações dispersas, resultantes do acidente;
- Ferida traumática na cabeça (região occipital) e ferida cirúrgica na orelha direita.
- Colocado Cateter para monitorização da pressão intracraniana (PIC).

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Tomografia Axial Computorizada (TAC) Cerebral, que mostrou contusões hemorrágicas dispersas, hemorragia subaracnoídea à esquerda, apagamento dos sulcos corticais e suspeita de fractura da apófise clinóide dos eio esfenoidas á esquerda.
- TAC Cervical que mostra fracturas da C4 e C5 – tem indicação por ortopedia para colocação de colar cervical.
- TAC Torácio revela contusão pulmonar à direita
- TAC Abdomino-pélvico sem lesões significativas.
- Ecodoppler Artéria Vertebral foi normal.

EVOLUÇÃO DO ESTADO CLÍNICO

Durante o periodo de tempo em que colaborei na prestação de cuidados o cliente manteve-se sedado com propofol 2% e analgesiado com fentanil; manteve-se ventilado mecanicamente em

modo ventilatório de volume e pressão controlada, até ao dia 13.10.2010 em que passa ao modo de pressão assistida, com boas saturações de oxigénio. A 19.10.2010 (não estava presente) foi colocada traqueostomia tendo ficado em ventilação espontânea por peça em T com FiO₂ 28%, conseguindo mesmo ficar sem aporte de oxigénio suplementar.

À medida que os dias foram passando veio a apresentar secreções mais abundantes, espessas e esverdeadas – quando inicia febre colhe rastreio séptico e inicia posteriormente antibioterapia. À entrada foi colocado o cateter de PIC para controlo e monitorização dos seus valores, estando estes dentro dos valores normais esperados para esta situação (entre 10 e 20 mmHg). Foi repetindo os exames complementares de diagnóstico, nomeadamente a TAC que mostrou redução do edema cerebral de forma progressiva.

3. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

Segundo Costa (2005), traumatismo é a designação genérica dada a todas as lesões ou alterações orgânicas provocadas por uma violência exterior.

O traumatismo da cabeça por forças de impacto ou penetrantes pode levar a lesão do encéfalo, estruturas de suporte, vasos sanguíneos e crânio, em qualquer combinação (Swearingen e Keen, 2001, p. 142). As lesões por impacto são causadas por forças de aceleração, desaceleração e rotacionais, como por exemplo colisão de veículos, quedas ou desportos de grande impacto, enquanto que as lesões penetrantes resultam de forças perfurantes que atravessam o crânio, danificando o tecido cerebral subjacente e as estruturas de suporte (Tavares, 1997; Swearingen e Keen, 2001).

O TCE é um processo que pode demorar vários dias ou semanas a desenvolver-se, mas que se inicia no momento do impacto (Swearingen e Keen, 2001). Assim, este traumatismo pode evoluir de uma lesão primária para secundária: a primeira ocorre a partir do impacto directo ou indirecto na cabeça, sendo causada pelo fenómeno em si; a segunda resulta da agressão fisiológica a um cérebro já danificado (Tavares, 1997; Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002). Estas agressões são provocadas pela hipoxia, hipotensão sistémica, edema cerebral, entre outros que, para além de danificarem os tecidos, contribuem para o aumento da hipertensão intracraniana (HIC) – esta patologia é melhor abordada no Trabalho: Hipertensão Intracraniana. A isquemia (que leva à morte das células neuronais) e a infecção são lesões cerebrais secundárias que muitas vezes acompanham as lesões primárias (Swearingen e Keen, 2001).

Os resultados após uma lesão cerebral traumática são variáveis, mas previsíveis em certa medida com base no tipo de gravidade da lesão e duração do coma. No entanto, a idade, a situação médica anterior, o mecanismo da lesão, a pressão intracraniana e a integridade do tronco cerebral são factores importantes que influenciam os resultados (Swearingen e Keen, 2001, p. 142).

Os traumatismos cranianos são umas das principais causas de incapacidade e morte no nosso país. Um diagnóstico e uma actuação precoces são cruciais para que sejam minimizadas as sequelas por eles provocadas (Tavares, 1997, p. 116). A identificação e a prevenção das lesões secundárias relacionadas com isquemia, pressão intracraniana aumentada e hipóxia, são componentes essenciais dos cuidados a estes doentes (Sheehy, 2001, p. 292).

As contusões cerebrais são as lesões traumáticas mais frequentes em casos de TCE, atingindo os tecidos profundos através da pele e do osso, apesar de que estes não são, habitualmente, danificados (Tavares, 1997; Swearingen e Keen, 2001).

As lesões vasculares resultam de uma força de impacto e causam hemorragia das artérias ou veias cerebrais, acompanhando, normalmente, as lesões primárias (Swearingen e Keen, 2001). Entre todas as lesões vasculares, encontramos como mais frequentes os hematomas subdurais e os extradurais. Os primeiros *consistem na acumulação de sangue no espaço subdural produzindo danos pelo efeito de pressão e pela deslocação do conteúdo craniano provocados pelo coágulo* (Tavares, 1997, p. 116). Conforme o tempo decorrido entre o traumatismo e o aparecimento das manifestações, os hematomas subdurais podem classificar-se em agudos (48 horas), sub-agudos, (2 a 14 dias) ou crónicos (mais de 14 dias) (Tavares, 1997; Swearingen e Keen, 2001). Os hematomas extradurais, por sua vez, *estão habitualmente associados a uma fractura craniana e são constituídos por uma colecção de sangue entre a dura e o crânio. Há uma deterioração grave e rápida do nível de consciência e o doente evolui rapidamente para a morte se o hematoma não for drenado* (Tavares, 1997, p. 116).

4. PLANO DE CUIDADOS

<p>FOCO</p>	<p align="center">ÚLCERA de PRESSÃO</p> <p><i>“ Úlcera com as características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada.” (ICN, 2005, p. 57)</i></p>
<p>ATIVIDADES de DIAGNOSTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores de risco de úlcera de pressão, através de instrumento de avaliação - Escala de Braden (anexo I); • Observar capacidade do cliente de iniciar, continuar ou finalizar as mudanças de posição; • Examinar pele (sobretudo nas zonas em risco de lesão, como as proeminências ósseas); • Examinar zonas de pressão potenciais (narinas, língua, lábios).
<p>Dados relevantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Braden = 9 = Percepção sensitiva completamente limitada (1); Pele ocasionalmente húmida (3); Acamado (1); Completamente imóvel (1); Nutrição provavelmente inadequada (2); Atrito e fricção são um Problema (1); • Cliente não tem capacidade para se movimentar, incluindo para iniciar, continuar ou finalizar as mudanças de posição; • Integridade da pele comprometida pela presença de feridas (traumática e cirúrgica) • Cliente apresenta zonas de potencial risco para úlcera de pressão, nomeadamente as narinas (presença da sonda nasogástrica) e os lábios (tubo orotraqueal).
<p>Início</p>	<p align="center">Diagnóstico de Enfermagem</p>
<p>06.10.2010</p>	<p align="center">RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO, EM GRAU ELEVADO</p>
<p>Critérios de Resultado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que a pele do cliente permaneça íntegra/intacta sem descoloração ou evidência de rubor.

I. Intervenções de Enfermagem:

Manter a temperatura e a humidade do ambiente adequadas:

É importante limitar a exposição a temperaturas extremas, pois *a diminuição da sensibilidade à dor/calor/frio aumenta o risco de trauma tissular* (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 865). *A baixa humidade (inferior a 40 %) pode secar a pele* (Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 591).

Controlar a temperatura e a humidade da pele:

A humidade amolece a pele e reduz a sua resistência ao traumatismo (Potter e Perry, 2006, p. 951), aumentando o risco de *solução de continuidade* (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 2378). Ela pode ser resultado de vários factores como a transpiração, drenagem de feridas, incontinência urinária ou fecal, entre outros ((McCloskey e Bulechek, 2004). O seu controlo, nomeadamente a remoção ou diminuição da humidade excessiva, é, por isso, essencial.

Manter a área perineal limpa e seca:

A contaminação da área perineal, com fezes ou urina, pode acelerar a solução de continuidade da pele e causar infecção (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 2376).

Aplicar creme hidratante;

A aplicação de creme ou loção hidratante evita a secura da pele (Elkin, Perry e Potter, 2005) e permite mantê-la macia e elástica (Phipps, Sands e Marek, 2003). A lubrificação da pele irá mantê-la íntegra (Potter e Perry, 2006).

Manter a pele hidratada:

As células e os tecidos são viáveis apenas numa pequena margem de hidratação. Por essa razão, uma das funções críticas da pele intacta é manter funcionais os níveis de hidratação dos tecidos subjacentes, agindo como uma barreira face à perda de humidade para a atmosfera (Morison, 2004).

Massajar a pele:

Evitar massajar as proeminências ósseas e as áreas sob pressão: *A massagem pode provocar traumatismo dos tecidos* (Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 591) ou mesmo aumentá-lo (Phipps, Sands e Marek, 2003). Quando o doente está imobilizado, as proeminências ósseas estão em risco elevado de lesão cutânea, devido às fortes pressões exercidas nessas áreas (Potter e

Perry, 2006). Não obstante, massajar delicadamente ao redor dessas áreas pode estimular a circulação dos tecidos prejudicados (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002).

Optimizar roupa da cama:

Reduzir ou eliminar o cisalhamento, atritos ou fricções sobre a pele:

- *A fricção causa lesões nas camadas superficiais da pele, frequentemente mencionadas como “queimadura dos lençóis”. O cisalhamento distende e dobra os vasos sanguíneos, causando lesões profundas nos tecidos (Potter e Perry, 2006, p. 951). A imobilidade predispõe as forças de torção e de fricção, na medida em que a diminuição da frequência de movimentos do corpo e da troca de posição pode afectar a capacidade de aliviar a pressão (Baranoski e Ayello, 2006).*
- **Levantar o doente e não arrastar:** Em vez de arrastar o doente ao longo da superfície da cama, usar dispositivos para o levantar (por exemplo, o lençol), de forma reduzir a fricção e formas de mobilização violentas, pois estas predispõem a pele a lesões e soluções de continuidade (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002; Phipps, Sands e Marek, 2003).
- **Manter os lençóis esticados, livre de rugas:** *Evitar fricção/lesões da pele (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 865). As áreas com rugas podem levar ao aumento de pressão (Phipps, Sands e Marek, 2003).*

Posicionar o doente:

As intervenções quanto ao posicionamento destinam-se a reduzir a pressão e o cisalhamento sobre a pele (Potter e Perry, 2006, p. 958). As alternâncias de decúbitos promovem um fluxo sanguíneo adequado e evita pressões prolongadas em qualquer parte do corpo (Phipps, Sands e Marek, 2003).

- **Fazer mudanças de posição, no máximo de 2/2 horas:** As mudanças de posição devem ser efectuadas de acordo com o nível de actividade, capacidade perceptiva e rotinas diárias. Por isso, um intervalo normalizado de alternância de decúbito de 1 a 2 horas pode não ser suficiente para prevenir o desenvolvimento de úlceras nalguns clientes (Potter e Perry, 2006).
- **Utilizar o posicionamento lateral a 30°, em vez do decúbito lateral directamente sobre o trocanter:** *Maior pressão nos trocanteres quando posicionado directamente sobre eles, pode levar a lesão da pele (Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 592). A pressão prolongada e constante sobre uma zona pode levar à perda de integridade da pele (Knox, Anderson e Anderson, 1994 cit. por Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 592). O decúbito lateral a 30° e dorsal*

podem ser úteis de noite, para prolongar o tempo entre as mudanças de posição, interrompendo menos o sono (Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 595).

- **Quando necessário, usar almofadas para elevar e proteger determinadas partes do corpo:** As almofadas evitam o contacto directo entre proeminências ósseas (Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 592). Devem ser colocadas, por exemplo, entre os joelhos e tornozelos, para evitar que estes se toquem. Quando os clientes estão acamados e incapacitados para se mobilizar, deve-se colocar uma almofada desde a perna até ao tornozelo, para manter os calcanhares afastados da cama (Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 595). O posicionamento com almofadas permite erguer os pontos de pressão acima da cama (NIC, 2004).

Providenciar colchão anti-escaras:

As superfícies de apoio e os materiais de protecção incluem os colchões, o revestimento de colchão, as camas especiais, as almofadas para as cadeiras, os apoios para as mesas, as almofadas de esponja, almofadas ou colchões de fibra, almofadas e colchões de pressão alterne, calcanheiras e coteveleiras de lã, gel e silicone ou pele de carneiro, entre outros (Baranoski e Ayello, 2006; Potter e Perry, 2006). Assim, é reduzido o risco de lesões tissulares e diminuída a pressão que pode comprometer o fluxo sanguíneo celular (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 865).

Registar o horário e as mudanças de decúbito efectuadas:

Este registo possibilita a monitorização e documentação das mudanças de decúbitos efectuadas, bem como dos respectivos horários, permitindo uma abordagem mais precisa ao doente específico e ainda a comunicação do plano de prevenção a todos os membros da equipa de Enfermagem (Baranoski e Ayello, 2006).

2. Actividades de Vigilância/ Diagnóstico

Monitorizar risco de úlcera de pressão através de instrumento de avaliação (Escala de Braden) de 48 em 48 horas:

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deve ser efectuada usando um instrumento de prevenção estabelecido e validado, aquando a admissão na instituição, 24 a 48 horas após a admissão e em intervalos regulares (Elkin, Perry e Potter, 2005; Potter e Perry, 2006). Um instrumento preditivo e fiável é a Escala de Braden (Potter e Perry, 2006, p. 946). Esta tem como parâmetros a percepção sensorial (reconhecimento da pressão), fricção e raspagem,

capacidade de alterar e controlar a posição corporal, humidade da pele, aporte nutricional e actividade física (Bergstrom et al., 1987 cit. por Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 587).

Vigiar sinais de úlcera de pressão:

É importante que a avaliação seja contínua, porque o estado do utente pode alterar-se; a avaliação contínua permite identificar as alterações que aumentam o risco do utente para o desenvolvimento de úlceras de pressão (Potter e Perry, 2006, p. 948). A pesquisa por sinais de úlcera de pressão é fundamental para qualquer plano de prevenção das mesmas (Elkin, Perry e Potter, 2005).

Segundo Elkin, Perry e Potter (2005), clientes de risco têm múltiplos locais de potencial necrose por pressão, além das proeminências ósseas (ver justificação do diagnóstico Risco de Úlcera de Pressão). A detecção precoce da pressão indica necessidades de mudanças de posição mais frequentes (Elkin, Perry e Potter, 2005, p. 592).

Calcular o intervalo de tempo apropriado para posicionar o doente:

Este cálculo pode ser efectuado quando se identifica uma área descorada, verificando-se, primeiramente, quanto tempo é que ela persiste. Tendo em conta que o rubor perdura, habitualmente, por mais de 50% do tempo de hipoxia, se o intervalo para a mudança de posição é de 2 horas e se o rubor permanece, por exemplo, 15 minutos, então, a hipoxia foi de cerca de 30 minutos. O intervalo recomendado deveria ser o tempo de intervalo da mudança menos o tempo de hipoxia e, portanto, neste caso, seria: 2 horas – 30 min. = 1 hora e 30 min. (Elkin, Perry e Potter, 2005).

3. Resultados obtidos

06.10.2010 – Pele íntegra (à excepção das feridas que serão documentadas), temperatura normal ao toque, sem presença de humidade. Sem sinais de úlcera de pressão;

30.10.2010 – Pele íntegra, temperatura aumentada ao toque, sem presença de humidade. Ruborização branqueável n aregião sagrada que reverte com posicionamentos;

12.11.2010 – Integridade da pele mantida – sem zonas de pressão

<p>FOCO</p>	<p>LIMPEZA das VIAS AÉREAS</p> <p><i>“ Processo do Sistema respiratório com as características específicas: Processo de manter aberta ao fluxo do ar uma passagem tubular desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões; capacidade de limpar as secreções ou obstruções do tracto respiratório, de modo a manter a livre passagem nas vias aéreas.” (ICN, 2005, p. 71)</i></p>
<p>ACTIVIDADES de DIAGNOSTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar frequência cardíaca; • Monitorizar SpO₂; • Avaliar respiração; • Palpar o tórax; • Observar cliente; • Avaliar presença/ eficácia do reflexo de tosse; • Avaliar presença e características das secreções.
<p>Dados relevantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente sem antecedentes de patologia respiratória; • Cliente com ventilação artificial através de tubo orotraqueal; • Cliente com medicação que deprime o sistema nervoso central e, conseqüentemente o sistema respiratório (Sedativo - Propofol); • Cliente com oximetria de pulso > 92%; • Cliente sem alterações do padrão respiratório: amplitude da expansão pulmonar regular, expansão pulmonar simétrica, frequência respiratória regular; • Cliente apresenta sons respiratórios anómalos audíveis – sons gorgolijantes durante a respiração; • Cliente apresenta, à palpação, vibrações das secreções soltas através da parede torácica; • Cliente apresenta secreções no tubo endotraqueal; • Cliente apresenta reflexo de tosse presente, mas diminuído; • Cliente apresenta secreções de consistência espessa, quantidade abundante e coloração esverdeada.

Início	Diagnóstico de Enfermagem
06.10.2010	LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS INEFICAZ
Crítérios de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Que o cliente mantenha as vias aéreas permeáveis.

I. Intervenções de Enfermagem

- Aspirar secreções [SOS]:** 1º Aspirar secreções orofaríngeas
 2º Aspirar secreções nasofaríngeas
 3º Aspirar secreções pelo tubo endotraqueal

A aspiração não deve ser rotineira e a duração deve ser limitada para reduzir o risco de hipóxia (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 194).

Aspirar-se primeiro a boca e a orofaringe, acima do «cuff» (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 1032).

Todas as pessoas, com tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia, devem ser aspiradas sempre que necessário (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 1032).

Se o doente estiver debilitado demais para tossir ou se tiver um tubo endotraqueal, é necessária aspiração para manter as vias aéreas livres de secreções excessivas (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 512).

O diâmetro do cateter de aspiração deve ser inferior a 50% do diâmetro interno do tubo endotraqueal/traqueostomia para prevenir a hipóxia. A hiperoxigenação com o suspiro do ventilador, com 100% de oxigénio, pode ser preferível para reduzir a atelectasia e também a hipoxia acidental (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 194).

Informar o cliente sobre o procedimento de aspiração de secreções:

O enfermeiro fornece explicações simples e repetidas, de todas as intervenções e do respectivo objectivo, e apresenta ao doente e família o plano geral dos cuidados em curso (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 648). Sem explicações, o ambiente dos cuidados críticos apresenta um rol, misterioso e ameaçador, de estímulos nocivos e que poderão ser percebidos como extremamente

fora do comum (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 648). Ainda que pareça que o cliente não nos ouve, devemos sempre informar sobre os procedimentos que pretendemos realizar.

Manter o alinhamento seguro e adequado das vias aéreas artificiais - tubo orotraqueal :

A obstrução pode ser provocada pelo acúmulo de secreções, tampões mucosos, hemorragia, broncoespasmo e/ou problemas como o posicionamento da traqueostomia/tubo endotraqueal (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 194).

Providenciar fisioterapia respiratória:

A fisioterapia respiratória convencional (FRC) consiste de drenagem postural, percussão manual torácica, vibração e aspiração das secreções (Giles, 1995 cit. por Ruiz et al., 1999, p. 65). A drenagem postural é empregada a fim de melhorar o transporte de muco através da traqueia, para facilitar a expectoração; a percussão compreende a percussão de forma rítmica com as mãos em concha sobre a parede torácica e a vibração manual torácica consiste de contracção isométrica da mão sobre a parede, normalmente na expiração, produzindo ondas que são transmitidas pelo tórax, com a finalidade de deslocar o muco da parede das vias aéreas (Paiva, 1990 e Imle, 1988 e Hammon 1994 cit. por Ruiz et al., 1999).

2. Actividades de Vigilância/ Diagnóstico

Vigiar respiração

Monitorizar frequência cardíaca

Monitorizar frequência respiratória

Se a respiração se torna ruidosa e a frequência cardíaca e respiratória aumentam, o doente precisa de ser aspirado (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 1033). Estas actividades permitem avaliar o “status” ventilatório do cliente, constituindo uma base para posterior avaliação da eficácia da aspiração de secreções (ESEP, 2009).

Monitorizar SpO₂ :

Manter a saturação do oxigénio é um elemento essencial de apoio ao sistema respiratório, e pode ficar comprometida se não se fizer uma aspiração endotraqueal eficaz (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 512).

Vigiar reflexo de tosse:

O paciente entubado geralmente tem um reflexo da tosse ineficaz ou pode ter um comprometimento neuromuscular ou neurosensorial, alterando a capacidade de tossir. Estes pacientes são dependentes de meios alternativos, tal como a aspiração para a remoção das secreções (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 194).

Monitorizar pressão do cuff (tubo orotraqueal):

O «cuff» deverá ser insuflado com um volume que assegure uma adequada oclusão à volta do tubo sem aumentar o risco de traqueomalácia, estenose traqueal, fístula traqueo-esofágica ou erosão através de um vaso de grande calibre (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 1033).

Monitorizar o posicionamento [nível] do tubo endotraqueal; otimizar tubo

O tubo endotraqueal pode deslizar para dentro do ramo bronquial direito, obstruindo assim o fluxo aéreo para o pulmão esquerdo e colocando o paciente em risco de um pneumotórax de tensão (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 194). O tubo endotraqueal deve ser marcado para estabelecer um ponto de referência (Phipps, Sands e Marek, 2003).

3. Resultados obtidos

06.10.2010 - secreções em quantidade escassa, fluídas e mucosas.

30.10.2010 – Respiração ruidosa; frequência cardíaca aumentada; SpO₂> 95%; reflexo de tosse presente, diminuído; secreções em quantidade abundante, com coloração esverdeada e consistência espessa, muco purulentas.

12.11.2010 - SpO₂> 95%; reflexo de tosse presente, diminuído; secreções em quantidade abundante, com coloração esverdeada e consistência espessa, purulentas.

FOCO	Membrana Mucosa Seca <i>“ Processo do Sistema Tegumentar com as características específicas: Pouca humidade, secura, falta de secreção com risco de fricção e de estalar, especialmente nos revestimentos.” (ICN, 2005, p. 54).</i>
ATIVIDADES DIAGNOSTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar cavidade oral, dentes, gengivas; • Avaliar capacidade do cliente para o Autocuidado; • Observar cliente.
Dados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente apresenta uma cavidade oral seca; • Cliente com alteração do estado de consciência, sem capacidade para o Autocuidado; • Cliente ventilado artificialmente, com tubo orotraqueal (nº 8).
Início	Diagnóstico de Enfermagem
06.10.2010	RISCO PARA MUCOSA ORAL ALTERADA
Critérios de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Que o cliente mantenha a mucosa oral saudável, sem alterações.

I. Intervenções de Enfermagem

Lavar boca:

Limpar a boca com água, soro fisiológico ou, preferencialmente, solução com clorhexidina; Escovar dentes: *Realizar cuidado oral rotineiramente e conforme necessário, especialmente no paciente com tubo orotraqueal (...) previne o ressecamento/ulceração da membrana mucosa e reduz o meio para o crescimento bacteriano. Promove o conforto (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 197).*

Trocar a posição do tubo endotraqueal:

Reduz o risco de ulceração do lábio e da mucosa oral (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 197).

2. Actividades de vigilância/ Diagnóstico**Avaliar cavidade oral, dentes e gengivas;**

Inspeccionar rotineiramente a cavidade oral, dentes e gengivas quanto a lesões, feridas, sangramento, já que uma *identificação precoce dos problemas proporciona uma oportunidade para intervenção adequada, medidas preventivas* (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 197).

3. Resultados Obtidos

06.10.2010 – Cavidade oral sem alterações

30.10.2010 – Cavidade oral seca e língua ligeiramente esbranquiçada; foi reposicionado o tubo endotraqueal;

12.11.2010 – Cavidade sem alterações

FOCO	Ferida Cirúrgica <i>“ Ferida com as características específicas: Corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus (ICN, 2005, p. 55).</i>
ACTIVIDADES DIAGNOSTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a pele.
Dados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente apresenta corte na orelha direita.
Início	Diagnósticos de Enfermagem
06.10.2010	FERIDA A - FERIDA CIRÚRGICA NA ORELHA, LADO DIREITO

Critérios de Resultado

- Que a ferida cirúrgica apresente boa evolução cicatricial;
- Que a ferida cirúrgica não apresente sinais de infecção.

1. Intervenções de Enfermagem**Executar tratamento à ferida cirúrgica:**

A intervenção de enfermagem a pessoas com feridas implica a prestação de cuidados à ferida que visem a sua segurança, conforto e cicatrização. As intervenções incluem a limpeza, irrigação e aplicação de pensos na ferida (Bolander, 1998, p. 1650).

Limpar com SF

A presença de detritos estranhos e contaminantes na superfície da ferida pode alojar microrganismos ou fornecer nutrientes para o seu crescimento (Baranoski e Ayello, 2004, p. 121). A limpeza da ferida é um processo que remove estes contaminantes inflamatórios menos aderentes da sua superfície, torna a ferida menos permissiva ao crescimento antimicrobiano e evita a invasão dos tecidos saudáveis. O soro fisiológico é o agente adequado para limpeza eficaz da superfície (Baranoski e Ayello, 2004; Rolstad et al, 2000 cit. por Potter e Perry, 2006).

2. Actividades de Vigilância/ Diagnóstico**Vigiar ferida cirúrgica:**

O objectivo da avaliação tem um duplo aspecto: dará uma informação baseline do estado da ferida para que se possa fazer a monitorização do seu progresso e assegurará também a selecção adequada dos produtos de tratamento (Dealey, 2006, p. 75).

Vigiar pele circundante à ferida cirúrgica:

A avaliação da pele circundante fornece informação útil para a avaliação em curso e futuras intervenções de cuidados com a ferida (Baranoski e Ayello, 2005).

3. Resultados Obtidos

06.10.2010 – Ferida cirúrgica com 7 pontos de sutura para serem removidos a 16.10.2010. A ferida fica sem penso de protecção. Pele circundante sem sinais inflamatórios e hidratada.

30.10.2010 – Ferida ausente - cicatrizada

FOCO	<p align="center">Ferida Traumática</p> <p><i>“ Ferida com as características específicas: Solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo, associada a lesão mecânica devido a agressão ou acidente; lesão irregular da pele, mucosa ou tecido, tecido doloroso e magoado, drenagem e perda de soro e sangue; associada a tecido pouco limpo, sujo ou infectado (ICN, 2005, p. 56).</i></p>
ATIVIDADES DIAGNOSTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a pele • Monitorizar a ferida
Dados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente apresenta uma solução de continuidade de tecido na cabeça, resultante da lesão por fricção no pavimento (estrada).
Início	Diagnóstico de Enfermagem
06.10.2010	FERIDA B – Ferida traumática na cabeça (occipital)
Crítérios de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Que a ferida traumática na cabeça não apresente complicações; • Que a ferida traumática na cabeça cicatrize.

I. Intervenções de Enfermagem

Executar tratamento à ferida traumática:

A intervenção de enfermagem a pessoas com feridas implica a prestação de cuidados à ferida que visem a sua segurança, conforto e cicatrização. As intervenções incluem a limpeza, irrigação e aplicação de pensos na ferida (Bolander, 1998, p. 1650).

A presença de detritos estranhos e contaminantes na superfície da ferida pode alojar microrganismos ou fornecer nutrientes para o seu crescimento (Baranoski e Ayello, 2004, p. 121). A limpeza da ferida é um processo que remove estes contaminantes inflamatórios menos aderentes da sua superfície, torna a ferida menos permissiva ao crescimento antimicrobiano e evita a invasão dos tecidos saudáveis. O soro fisiológico é o agente adequado para limpeza eficaz da superfície (Baranoski e Ayello, 2004; Rolstad et al, 2000 cit. por Potter e Perry, 2006).

Allevyn Adhesive é um penso hidrocélular de poliuretano adesivo – uma almofada hidrocélular absorvente, situada entre uma camada adesiva perfurada de contacto com a ferida e uma película externa impermeável. Este tipo de pensos ajuda a manter um ambiente de cicatrização húmido. É de fácil adaptação e remoção. Está indicado para o tratamento de feridas exsudativas crónicas e agudas, feridas de espessura total e parcial, tais como úlceras de decúbito, entre outros (Smith e Nephew, 2006).

2. Actividades de Vigilância/ Diagnóstico

Vigiar ferida traumática:

O objectivo da avaliação tem um duplo aspecto: dar uma informação baseline do estado da ferida para que se possa fazer a monitorização do seu progresso e assegurar também a selecção adequada dos produtos de tratamento (Dealey, 2006, p. 75).

Vigiar pele circundante à ferida:

A avaliação da pele circundante fornece informação útil para a avaliação em curso e futuras intervenções de cuidados com a ferida (Baranoski e Ayello, 2005).

Vigiar penso da ferida traumática:

A vigilância do penso é essencial para concluir acerca da quantidade e qualidade do exsudado (Browne, Keast e col., 2004, cit. por Dealey, 2006, p. 81), dados que podem contribuir para a avaliação do processo de cicatrização.

3. Resultados Obtidos

06.10.2010 – Ferida sangrante com presença de tecido granular e desvitalizado

30.10.2010 – Ferida com boa evolução cicatricial; pele circundante hidratada

12.11.2010 – Processo de cicatrização favorável.

FOCO	Auto-Cuidado <i>“Atividade executada pelo próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.” (ICN, 2005, p. 46)</i>
ACTIVIDADES DIAGNOSTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Observar cliente; • Verificar capacidade do cliente para controlar as actividades da vida diária – Avaliar o Autocuidado
Dados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente com medicação que deprime o sistema nervoso central (Sedativo - Propofol); • Cliente acamado; • Cliente não tem capacidade para controlar as suas actividades de vida diária.
Início	Diagnóstico de Enfermagem
06.10.2010	AUTOCUIDADO LAVAR-SE: DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO
Crítérios de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Que o auto-cuidado do cliente seja realizado.

I. Intervenções de Enfermagem

Dar banho na cama:

Um banho completo na cama destina-se a utentes que são dependentes e que necessitam de cuidados de higiene globais (Potter e Perry, 2006).

Lavar cabelo

Cortar a barba

Ajuda a manter a aparência. Pode ser necessário mais ou menos frequentemente do que o agendamento do banho (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002).

2. Actividades de Vigilância/ Diagnóstico

Avaliar capacidade para controlar as actividades da vida diária

Identifica a necessidade/nível de intervenções a serem implementadas (Doenges, Moorhouse e Geissler, 2002, p. 863).

3. Resultados Obtidos

06.10.2010 – Sedado com diminuição do estado de consciência com um Glasgow de 5; não tem capacidade para controlar as actividades de vida diárias;

30.10.2010 – Mantem sedação e diminuição do estado de consciência; sem capacidade para controlar as actividades de vida diárias;

12.11.2010 - Sem capacidade para controlar as actividades de vida diárias; mantém sedação.

FOCO	<p style="text-align: center;">CONSCIÊNCIA</p> <p><i>“Status Neurológico com as características específicas: Capacidade de resposta da mente, resultante de uma combinação dos sentidos de forma a manter a mente alerta, acordada e sensível ao ambiente exterior” (ICN, 2005, p. 97).</i></p>
ACTIVIDADES DIAGNOSTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar pupilas; • Monitorizar frequência cardíaca, respiratória e tensão arterial; • Avaliar Escala de Coma de Glasgow (anexo II).
Dados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Coma de Glasgow igual a 3 • Pupilas isocóricas não reactivas. • Cliente sedado com perfusão de propofol.
Início	Diagnósticos de Enfermagem
12.11.2010	RISCO DE CONSCIÊNCIA ALTERADA
Crítérios de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Que não haja agravamento do estado de consciência.

2. Atividades de Vigilância/ Diagnóstico

Monitorizar Escala de Coma de Glasgow:

O tecido cerebral está comprometido pelas deficiências do suprimento de sangue ao cérebro causadas por hemorragia, hematoma, edema cerebral, trombo ou êmbolo. Essas respostas avaliam a capacidade do cliente para integrar os comandos aos movimentos conscientes e involuntários. A função cortical pode ser investigada pela avaliação da abertura dos olhos e da resposta motora. A ausência de resposta pode indicar dano ao mesencéfalo (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905).

Monitorizar sinais vitais

- *Modificações no pulso, nomeadamente frequência cardíaca menor que 60 bpm ou maior que 100 bpm: A bradicardia é um sinal tardio de isquemia do tronco cerebral. A taquicardia pode indicar isquemia hipotalâmica e descarga simpática (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905).*
- *Irregularidades respiratórias, nomeadamente a diminuição da frequência respiratória (FR) com o alongamento dos períodos de apnéia: Os padrões respiratórios variam conforme o local da lesão - um aumento gradual da FR seguido de uma diminuição, também ela gradual, e períodos de apnéia (respiração de Cheyne-Stokes), aponta para danos em ambos os hemisférios cerebrais, mesencefalo e ponte superior; a respiração atáxica, caracterizada por uma FR irregular com consequência aleatória de respiração profunda e rasa, indica uma disfunção da ponte; a hiperventilação central ocorre quando existem lesões no mesencefalo e ponte superior; a hipoventilação e a apnéia ocorrem com lesões medulares (Carpenito-Moyet, 2005).*
- *Pressão arterial em elevação e/ou pressão do pulso ampliando-se (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905): A pressão arterial sistólica aumentada e o aumento da pressão do pulso são sinais tardios da isquemia do tronco cerebral, podendo levar a herniação cerebral (Carpenito-Moyet, 2005).*

Avaliar pupilas:

As modificações indicam pressão sobre os nervos ópticos ou oculomotores (Carpenito-Moyet, 2005, p. 905).

FOCO	<p style="text-align: center;">Febre</p> <p>“Termorregulação com as características específicas: Elevação anormal da temperatura corporal ; alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da actividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor”(ICN, 2005, p. 69).</p>
ACTIVIDADES DIAGNOSTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar temperatura corporal; • Monitorizar frequência cardíaca; • Avaliar características da pele.
Dados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente apresenta uma temperatura axilar acima de 38°; • Cliente apresenta uma ligeira taquicardia; • Cliente apresenta pele quente.
Início	Diagnósticos de Enfermagem
12.11.2010	FEBRE
Critérios de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Que a temperatura corporal do cliente diminua.

1. Intervenções de Enfermagem

Gerir Ambiente Físico:

A temperatura do corpo é muito afectada pelo nível de atividade e pela temperatura ambiental; a umidade elevada aumenta o efeito do frio e do calor sobre o corpo (Carpenito-Moyet, 2005, p. 135).

Executar técnica de arrefecimento natural:

O acréscimo de roupas ou cobertores à pessoa inibe a capacidade natural do corpo para reduzir a temperatura; a remoção de roupas favorece a capacidade natural do corpo para reduzir a temperatura (Carpenito-Moyet, 2005, p. 135).

Aplicar bolsas de gelo ou toalhas molhadas no corpo, especialmente nas axilas e nas virilhas (Carpenito-Moyet, 2005, p. 135), para diminuir temperatura corporal.

2. Atividades de Vigilância/ Diagnóstico

Monitorizar temperatura corporal

3. Resultados Obtidos

Cliente com temperatura corporal (axilar) menor que 37°.

5. CONCLUSÃO

Depois de concluído este trabalho resta-me tecer algumas considerações, começando por referir que foi muito difícil conseguir articular toda a informação colhida, para dar visibilidade aos cuidados prestados sem que me tornasse muito maçadora nesta exposição, que considero que foi longa.

Atendendo ao aspecto anterior optei apenas por apresentar o Plano de Cuidados dos dias em que fiquei responsável pelo cliente em questão, e como se pôde constatar não foram assim tantos, apenas três turnos o que veio contribuir um pouco para a descontinuidade de cuidados e seguimento do caso.

Quero ainda destacar que foi com intenção que me centrei principalmente nas intervenções autónomas de enfermagem, já que foram essas as que estiveram na base da realização do plano de cuidados para a realização deste estudo de caso.

Cheguei também à conclusão que muito provavelmente este trabalho não corresponde à verdadeira definição de estudo de caso, algo que seria impossível de conseguir pois envolveria outros recursos e objectivos. Contudo, contribuiu para atingir um dos objectivos que propus para este estágio, o de desenvolver a prestação de cuidados individualizados e aplicar o processo de enfermagem.

Tentei sempre e penso que consegui, manter ao máximo a confidencialidade dos dados, tal como é previsto na definição de estudo de caso, até porque o cliente ou respectiva família não foi questionado sobre o presente estudo. Não obstante, como este se trata de um trabalho puramente académico, penso que esse facto não constitui um problema.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth A. - O Essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos. Loures: Lusodidacta, 2006.
- BELL, Judith - Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação. Lisboa: Gradiva, 1997.
- BISQUERA, R. - Métodos de Investigação Educativa: Guia Prática. Barcelona: Ediciones CEAC, S. A., 1989.
- BOLANDER, Verolyn Barnes - Sorensen e Luckmann enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta, 1998.
- CARLOTTI, Carlos G.; COLLI, Benedicto O.; DIAS, Luiz A. A - Hipertensão intracraniana. Medicina, Ribeirão Preto [em linha]. Vol. 31, (Out./Dez. 1998) p. 552-562 [Consult. em 27 de Novembro]. Disponível em: WWW:<http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n4/hipertensao_intracraniana.pdf>
- CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. - Diagnósticos de enfermagem : aplicação à prática clínica. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- COSTA, Manuel Freitas e – Dicionário de termos médicos. Porto: Porto Editora, 2005.
- DEALEY, Carol - Tratamento de feridas: um guia para a enfermagem. Lisboa: Climepsi, 2006.
- DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances; GEISLER, Alice C. - Planos de cuidados de enfermagem : orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- ELKIN, PERRY & POTTER – Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2005.

- ESEP - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO – Intervenção de Enfermagem – Aspirar secreções das vias aéreas. Porto: 2009
- FALEIRO, Rodrigo Moreira; [et al.] - Craniotomia descompressiva para tratamento precoce da Hipertensão Intracraniana traumática. Arq. Neuropsiquiatria [em linha]. Vol. 63, nº 2B (Jan. 2005), p. 508-513 [Consult. em 29 de Dezembro]. Disponível em: WWW:< <http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2b/a26v632b.pdf>>
- GIUGNO, Katia M. [et al.] – Tratamento da hipertensão intracraniana. Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro) [em linha]. Vol. 79, nº 4 (Jun. 2003), p. 287-96 [Consult. em 27 de Novembro]. Disponível em: WWW:< <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n4/v79n4a05.pdf>>
- HAMEL, J., [et al.] - Case Study Methods. Sage publications, 1993.
- ICN – INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS) - Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003.
- McCLOSKEY, Joanne C.; BULECHECK, Gloria M. – Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MORISON, Moya J., ed. lit. Prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Loures : Lusociência, 2004.
- PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica. 6ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.
- POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin - Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2006.
- RUIZ, Viviane Christina; [et al.] - Efeito da fisioterapia respiratória convencional e da manobra de aspiração na resistência do sistema respiratório e na saturação de O₂ em pacientes submetidos à ventilação mecânica. Acta Fisiátrica [em linha]. Vol. 6, nº 2 (1999), p. 64-69 [Consult. em 18 de Janeiro]. Disponível em: WWW:<

http://www.actafisiatrica.org.br/vl%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/3988C7F88EBCB58C6CE932B957B6F332/vl_06_n_02_64_69.pdf>

- SHEEHY, Susan - Enfermagem de urgência: da teoria à prática. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2001.
- SMITH & NEPHEW – Allevyn Adhesive: Penso hidrocélular de poliuretano adesivo. Bula de medicamento. 2006
- SWEARINGEN, Pamela L; KEEN, Janet Hicks. - Manual de enfermagem de cuidados intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes. 4ª Edição. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001.
- TAVARES, Cristina – Traumatizado Crânio-Encefálico. In LÍBANO, Aldina - O enfermeiro perante o doente crítico. Vila Nova de Gaia : Aguifil, 1997. p. 116-120.
- THELAN, Lynne A - Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção 5ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 2008.

ANEXOS

ANEXO I
Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____

Nome do avaliador: _____

Data da avaliação: _____

Serviço: _____

Cama: _____

Idade: _____

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.						
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.						
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.						
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.						
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.						
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.							
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total					

ANEXO 2
Escala Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		
15		
TOTAL MÍNIMO		
3		

<http://fisioterapiahumberto.blogspot.com/2010/09/escala-de-coma-de-glasgow.html>