



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras - Viseu

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# **O DOENTE CRÍTICO**

**SÓNIA ALMEIDA PAIS**

**UISEU, 2012**



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras - Viseu

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# **O DOENTE CRÍTICO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências de Saúde  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,  
com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica,  
sob orientação do Professor Olivério Ribeiro

**SÓNIA ALMEIDA PAIS**

**VISEU, 2012**

## Resumo

O avanço da ciência, incluindo a ciência da enfermagem e da tecnologia, possibilitou o aumento da sobrevivência dos utentes em estado crítico, incluindo os queimados.

Relevando a importância do desenvolvimento de competências na área da especialização em enfermagem, foram identificadas actividades a desenvolver para a aquisição dessas competências, nomeadamente na assistência ao doente crítico admitido na urgência (incluindo o queimado) e sua transferência para uma unidade mais diferenciada que é a Unidade de Cuidados Intensivos (Polivalente ou de Queimados).

São três os estágios que incluem esta formação – Unidade de Queimados, Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, sendo três as grandes áreas de desenvolvimento de competências no decorrer destes estágios – doente crítico, doente queimado e humanização dos cuidados.

O doente crítico é o utente que, por falência de um ou mais órgãos, ou sistemas, necessita de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica. O doente gravemente queimado inclui-se na definição de doente crítico.

Queimaduras são lesões comuns, a maioria de pequena extensão com tratamento simples e de evolução cicatricial rápida. No entanto existem outras queimaduras que exigem tratamentos intensivos e de reabilitação.

A humanização busca um outro olhar na assistência ao utente em estado crítico refletindo sobre as práticas de cuidados de enfermagem em situação de urgência/emergência.

## **Abstract**

The advancement of science, including the science of nursing, and technology improved the survival rate of users in critical condition, including burns.

Noting the importance of skills development in the area of specialization in nursing, were identified activities to be undertaken to acquire these skills, particularly in care for critically ill patients admitted to the emergency (including the Burnt) and their transfer to a unit that is more differentiated which is the Intensive Care Unit (Polyvalent or burn).

There were three stages that include this training - Burns Unit, Intensive Care and Emergency Department with three major areas of skill development during these stages - Critical patient, Burn patient and Humanization of care.

The Critical patient is the user that by failure of one or more organs or organs systems, require advanced methods of monitoring and therapeutic intervention. The severely burned patient is included in the definition of Critical Patient

Burns are common injuries, the majority of small extent with simple treatment and fast healing scar tissue. However there are other burns requiring intensive treatment and rehabilitation.

Humanization tries to recover the sense in assisting the patient in critical condition reflecting on the practice of nursing care in a situation of urgency / emergency.

## **SIGLAS**

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocardio

**ECG** – Electrocardiograma

**HTA** – Hipertensão Arterial

**IACS** – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**INR** – Índice Normalizado Internacional

**NASCIS** – National Acute Spinal Coral Injury Study

**PIA** – Pressão Intra-Abdominal

**PVC** – Pressão Venosa Central

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SCT** – Superfície Corporal Total

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**SO** – Sala de Observações

**TAC** – Tomografia Axial Computorizada

**TAD** – Tensão Arterial Diastólica

**TAS** – Tensão Arterial Sistólica

**TCE** – Traumatismo Craneo-Encefálico

**TNCC** – Trauma Nursing Core Course

**TVM** – Traumatismo Vertebro-Medular

**UCIC** – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa

**UDC** – Unidade de Decisão Clínica

**UMDC** – Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

**VAC** – Vacuum Assisted Closure

<b>ÍNDICE GERAL</b>	<b>Pág.</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 - MÓDULO III – UNIDADE DE QUEIMADOS .....</b>	<b>15</b>
2.1. Caraterização do serviço .....	15
2.2. Análise das Atividades desenvolvidas .....	19
2.2.1. Gestão Hospitalar.....	19
2.2.2. Estrutura Física.....	22
2.2.3. Area de conhecimentos Médico-Cirúrgicos em Doentes Queimados .	24
<b>3 – MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....</b>	<b>37</b>
3.1. Caraterização do serviço .....	37
3.2. Análise das Atividades desenvolvidas .....	40
<b>4 – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA .....</b>	<b>45</b>
4.1. Caraterização do serviço .....	45
4.2. Análise das Atividades desenvolvidas .....	46
<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>59</b>

## **APÊNDICES**

Apêndice 1 - Processo de Enfermagem do Utente Queimado

Apêndice 2 - Trabalho "PROPOSTA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA"

Apêndice 3 - Trabalho "PRIVACIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - UM DIREITO COMPROMETIDO

## 1. INTRODUÇÃO

*“Parar é morrer e isto é aplicável hoje. O pior de tudo é parar, quer dizer, não se fazerem coisas, não se fazer nada, ficar com medo, retrair-se, (...).É um erro parar, não continuar a despertar as coisas.”* Manoel de Oliveira

O desejo de complementar a minha formação de base aliado ao progresso da ciência de enfermagem constitui o grande motor de incentivo ao ingresso no curso de mestrado em enfermagem com o objetivo final de aquisição de novos conhecimentos e novas competências.

Depois da componente teórica do curso, seguiu-se a componente prática que inclui os três estágios e a respetiva tese de mestrado.

Sendo a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica tão vasta em conhecimentos e em campos de intervenção, tal como foi notória na vertente teórica do Curso, senti necessidade de orientar o meu Estágio por uma determinada área e assim definir as atividades e competências a desenvolver no decorrer dos campos de estágio. Identifiquei o “DOENTE CRÍTICO” como a base do meu ensino clínico e tese de mestrado.

O doente crítico é “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010).

Os objetivos gerais para o estágio foram: (1) Saber aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização Médico-

Cirúrgica; (2) Demonstrar a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo 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; (3) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

As atividades e competências desenvolvidas durante o estágio foram previamente propostos para cada campo de estágio de acordo com os objetivos definidos, nomeadamente na área dos conhecimentos teóricos, prática clínica e formação. Estas serão, pormenorizadamente, descritas em cada campo de estágio ao longo deste trabalho.

O Ensino Clínico decorreu no período de 27 de Abril de 2009 a 31 de Janeiro de 2010 incluindo o Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos ou Intermédios e Módulo III – Opcional, na área dos Queimados, com uma carga horária de cento e oitenta horas de contacto em cada.

O Módulo III foi efetuado na Unidade de Queimados no Hospital da Prelada, no período de 27 de Abril de 2009 a 27 de Junho de 2009. O estágio opcional foi escolhido tendo em conta dois pontos: primeiro porque o doente gravemente queimado insere-se na classificação de doente crítico, pela patologia e trauma associados; e, segundo, porque constitui uma área de intervenção de enfermagem muito específica que exige conhecimentos gerais de enfermagem e, também, de conhecimentos especializados e vocação técnico-científica que, até à data ainda não me tinham sido proporcionados, mas já solicitados enquanto prestadora de cuidados primários, antes, e de cuidados urgentes/emergentes, agora, em serviço de urgência, onde exerço a minha profissão.

Esta é uma área, desde o início da minha prática profissional, que sempre me suscitou interesse para desenvolver competências.

O Módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, nos períodos de 6 de Outubro de 2009 a



29 de Novembro de 2009, com o projeto de desenvolver as atividades relacionadas com a monitorização e o cuidar do doente crítico/ventilado.

O Módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, nos períodos de 2 de Dezembro de 2009 a 31 de Janeiro de 2010. A minha opção por este serviço deve-se ao facto de se tratar de uma urgência de um hospital central, com a conseqüente afluência de elevado número de utentes e de oportunidades. Este campo de estágio foi direccionado para a área do doente crítico abordado na sala de emergência.

A minha tese está construída com base nos meus campos de estágio. Ou seja, após identificar as atividades a desenvolver, identificadas anteriormente, em função dos objetivos do plano de estudos do curso, vou analisar e refletir sobre essas atividades, desenvolvidas ou não, especificamente em cada campo de estágio, justificando as competências adquiridas.

A tese está organizada por ordem cronológica e não por ordem de apresentação no plano de estudos porque entendo que a minha evolução na aquisição de determinadas competências ocorreram em função da evolução temporal dos estágios. São três as partes que constituem o trabalho: introdução, módulos de estágio e conclusão, utilizando uma metodologia descritiva, com base nas normas referenciadas pela Universidade Católica Portuguesa e com a orientação do Mestre Olivério Ribeiro.

São objetivos desta tese:

- Caracterizar e contextualizar o campo de estágio no curso
- Descrever as ações realizadas em cada campo de estágio
- Analisar as atividades desenvolvidas em cada campo de estágio
- Identificar as competências adquiridas

Nos apêndices, vou incluir os trabalhos realizados nos estágios.



## **2. MÓDULO III – UNIDADE DE QUEIMADOS**

Este estágio opcional decorreu na Unidade de Queimados do Hospital da Prelada, um hospital privado na cidade do Porto.

O Hospital da Prelada foi inaugurado em 1904 com o nome de Hospital de Convalescença, para tratamento de crianças doentes e em Agosto de 1989 abre a Unidade de Queimados. A 8 de Fevereiro de 2007, o Hospital da Prelada recebeu a Acreditação Total em Qualidade, sendo o primeiro hospital privado em Portugal a receber tal acreditação.

Durante o meu estágio neste hospital tive a oportunidade de vivenciar todo o processo de transformações, preocupações e readaptações para um novo processo de Acreditação Total em Qualidade, agora mais exigente que em 2007. Esta acreditação representa a excelência da qualidade dos serviços prestados e ainda é mais valorizada por ser atribuída apenas a este hospital enquanto instituição privada, em Portugal.

### **2.1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO**

As unidades de queimados são serviços hospitalares com uma estrutura física e características muito específicas no que respeita aos recursos humanos e ao tipo de cuidados prestados.

Teniz (2011) preconiza que, estruturalmente, estas unidades possuam enfermarias, quartos de isolamento, bloco operatório e salas para realização de pensos. Estes serviços estão preparados com ventiladores, aparelhos para monitorização de sinais vitais e material esterilizado para a prestação de

cuidados. Todo o material utilizado no contacto com o doente é esterilizado e descartável de modo a diminuir o risco de infeção. Não existe contacto entre os doentes e o material utilizado pelos mesmos, no sentido de prevenir as infeções cruzadas.

Os profissionais apresentam-se vestidos com fatos esterilizados, barrete, máscara e socas, que são vestidos num espaço exterior ao serviço, separado por uma barreira física chamada “transfere”.

O nível de cuidados diferenciados proporcionados neste tipo de unidades levou à criação de uma lista de critérios de admissão de utentes, sobretudo relacionados com a sua gravidade, bem como a protocolos individuais em cada um destes serviços. A Teniz (2011) identificou os seguintes critérios para a admissão dos utentes numa unidade de queimados, baseados na American Burn Association:

- Queimaduras de segundo grau de 25% ou mais de superfície corporal total em adultos, ou de 20% em crianças;
- Queimaduras de 3º Grau de 10% ou mais da superfície corporal total;
- Queimaduras envolvendo áreas especializadas: mãos, pés, face, olhos ou períneo;
- Queimaduras complicadas por lesão por inalação;
- Queimaduras complicadas por fratura ou outros traumatismos;
- Queimaduras elétricas por alta voltagem;
- Queimaduras em grupos de risco formados por doentes que possuam outros problemas médicos significativos.

O centro de orientação de doentes urgentes - CODU e estas unidades regem-se, segundo estes critérios, para a admissão ou não de utentes.

Os colegas, desta unidade, referenciam como situações mais comuns de queimados admitidos na Unidade os crimes passionais (queimaduras térmicas com líquidos inflamáveis) e acidentes domésticos (queimaduras térmicas com água ou sopa quente) nas mulheres; os acidentes industriais nos homens, de trabalho com motores de carros ou de fogo; as queimaduras na lareira e com botijas de água quente, nos idosos e nas crianças ao cuidado dos avós.

A mesma autora realça que numa Unidade de Queimados é necessário que exista uma equipa multidisciplinar que possa dar resposta a todas as necessidades dos doentes, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais. Assim, a equipa é constituída habitualmente por: Enfermeiros, que prestam cuidados diretos e humanizados aos doentes queimados ajudando-os nos seus cuidados básicos diários, no tratamento das queimaduras através da execução dos pensos, na administração de medicação, na monitorização dos seus sinais vitais, na identificação de problemas e apoiando-os psicologicamente, tal como às suas famílias; Cirurgião plástico, médico que diagnostica o tipo de queimadura, avalia e prescreve o tratamento a realizar, e é ele que realiza técnicas tais como o desbridamento, enxertos, escarotomias, fasciotomias, retalhos; Anestesiologista, que anestesia os doentes para que possam ser executados os pensos sem presença de dor; Fisioterapeuta, responsável pela reabilitação do doente queimado a nível músculo-esquelético e que executa exercícios com este, tendo um papel importante na prevenção de sequelas; Auxiliar de ação médica, que colabora com o enfermeiro e auxilia o doente na realização dos cuidados básicos (alimentação, higiene e eliminação), bem como na limpeza e desinfeção de materiais e organização de alguns setores nas unidades; Radiologista, que realiza as radiografias necessárias; Pessoal da limpeza, profissionais que realizam a limpeza de todos os espaços da unidade de queimados; Psicólogo, responsável pelo acompanhamento psicológico do doente e deteção de alterações comportamentais e ajuda o doente a desenvolver estratégias de adaptação à sua situação; Psiquiatra, médico que deteta alterações comportamentais patológicas e medica o doente para as mesmas; Assistente social, com a função da resolução de problemas de ordem social, tais como, a procura de apoios financeiros ou de recursos materiais aos quais o doente não tem acesso; Nutricionista, responsável pela adequação do tipo de dieta ao doente e aos seus problemas de saúde, tendo em conta as suas opções alimentares.

A admissão dos utentes é feita pela consulta externa, pelo Sistema Nacional de Saúde - SNS, pela consulta privada (seguros ou particulares) ou pelo CODU em situação de urgência. A par da Unidade de Queimados do S. João, esta é a única resposta da região norte. No restante país existem unidades em Coimbra e Lisboa. Segundo os colegas do serviço, a época do

ano em que decorreu o estágio tem pouca incidência de queimados, pela época amena.

A Unidade de Queimados é o único serviço deste hospital totalmente financiado pelo SNS ao contrário dos outros serviços (cirurgia plástica, ortopedia, reabilitação, fisioterapia...) que são público-privados, consoante o processo de admissão no hospital. Um utente queimado é, sem dúvida, um utente muito “caro” com necessidade de cuidados diferenciados e especializados, cujos tratamentos (dias de internamento, medicação, cirurgias e pensos) seriam insuportáveis para qualquer família. A unidade de queimados do hospital da Prelada faz parte da lista de soluções de internamento/transferência de queimados a admitir pelo CODU ou para transferência inter-hospitalar.

Existe uma carreira interna para a enfermagem, que não inclui Enfermeiro Especialista e cuja progressão depende de avaliações anuais do Enfermeiro Chefe e Enfermeira Responsável (Enfermeira Diretora).

A equipa de Enfermagem é constituída por vinte e cinco elementos, maioritariamente jovens e dinamizadores com pós-graduações e mestrados nas mais variadas áreas, nomeadamente na área da Enfermagem, Psicologia, Gestão e Bioética.

## 2.2. ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A importância deste campo de estágio assenta em três pontos: gestão privada hospitalar (recursos humanos e materiais), estrutura física do serviço e, área de conhecimentos médico-cirúrgica em Doentes Queimados.

### **2.2.1. Gestão Hospitalar**

Em relação à gestão hospitalar foi-me possibilitada a observação, reflexão e crítica pessoal ao tipo de gestão instituída neste hospital, comparando com a minha realidade profissional que assenta numa gestão pública, num hospital público.

Ao nível da gestão da unidade identifiquei uma liderança despreocupada e pouco autoritária. O enfermeiro-chefe da unidade coordena a unidade e o serviço de cirurgia plástica. Tendo a unidade restrições na entrada do pessoal, com fardamento próprio, a presença do enfermeiro-chefe resume-se às passagens de turno da manhã e quando solicitado para dúvidas e problemas de serviço. Sem um tipo de gestão preconizado pela instituição, os colegas da unidade de queimados reconhecem no enfermeiro-chefe alguém que encaminha os seus pedidos e solicitações à enfermeira diretora, responsável pela tomada de todas as decisões. Não existe delegação responsável de funções e de responsabilidades. Esta minha conclusão resulta das funções do enfermeiro-chefe, por mim identificadas, relacionadas como a elaboração dos horários, resolução de conflitos nas equipas, coordenação dos enfermeiros estagiários, delegação de tarefas e autorização de alterações de certos procedimentos. A sua atividade está limitada à autorização da enfermeira coordenadora do hospital, isto porque, nada é autorizado ou permitido sem o seu consentimento, até mesmo as trocas de horário. A sua atuação resume-se a uma ponte de informação entre a equipa de enfermagem e a enfermeira

coordenadora. Por estes motivos, não foi possível o acompanhamento na gestão do serviço, embora o tenho solicitado.

As passagens de turno têm início com a distribuição dos utentes pelos enfermeiros tendo por base o método individual de trabalho. Com o decorrer do turno apercebi-me de que, a prestação dos cuidados não respeita a distribuição, ou seja, os colegas não prestam cuidados aos clientes que lhes foram atribuídos inicialmente. As atividades dos colegas desenvolvem-se segundo um método de tarefas, sendo que cada um fica na realização de determinado procedimento, tais como banhos no leito, balneoterapia, preparação da medicação, revisão de stock.

Da observação das atividades dos enfermeiros identifiquei como alguns procedimentos baseados na evidência científica a manutenção do sistema de drenagem fechado do cateter urinário com sistema de esvaziamento, respeitando as Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário do Ministério da Saúde - Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (2004), normas para a higienização das mãos e política de utilização de anti-sépticos. No entanto os colegas não conseguem justificar estes procedimentos com base científica mas com base na experiência.

Na Unidade, os cuidados de enfermagem estão relacionados com monitorização do utente crítico, admissão e preparação da alta do cliente, preparação e administração da medicação, vigilância do utente, continuidade dos cuidados ao cliente, realização dos pensos sob prescrição médica - temos o saber-saber/fazer bem desenvolvido nos enfermeiros. O saber-estar está presente nas atitudes dos enfermeiros, nomeadamente na postura e na relação terapêutica que estabelecem com o utente. O saber-ser está subjacente no ser enfermeiro e no prestar cuidados de enfermagem com a valorização da comunicação.

O papel do Enfermeiro na relação de ajuda constitui um ponto essencial no cuidar do utente na área da imagem corporal alterada. Na unidade o enfermeiro tem o papel importante na escuta, no diálogo, nos esclarecimentos e nos desabafos diários de utentes e famílias que se vêm perante uma realidade que é a sua imagem e estética afetada. Estes utentes estão



maioritariamente conscientes e orientados, ao contrário de outros utentes internados em unidades de cuidados intensivos não-queimados.

Relativamente à vigilância dos pensos, execução do tratamento às feridas, preparação e administração da medicação, encontro alguns défices de conhecimentos ao nível da assepsia, pois verifiquei pouco cuidado na manipulação dos pensos e na medicação. O risco de infeção compromete a qualidade dos cuidados prestados. Esta não é uma área de avaliação na acreditação total em qualidade, porque não é estudado o índice de incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). No entanto, perante a relevância do tema, pouco antes do término do meu estágio, ocorreu um congresso no hospital desenvolvido em parceria entre o hospital da Prelada e a Universidade Católica sobre as IACS, no qual participei como formanda. Terminado o processo de acreditação, as IACS passam a ser o foco de atenção e de preocupação da gestão hospitalar.

Da minha observação, identifico, infelizmente, que a maioria dos procedimentos de enfermagem são intervenções interdependentes e poucas são autónomas, ou seja, analisando os procedimentos e atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na unidade, enumero os pensos, medicação e alimentação como intervenções interdependentes por ser sempre necessária a prescrição médica. Os cuidados autónomos limitam-se aos cuidados de higiene e preparação para a alta. Daí a não elaboração do processo de enfermagem pelos colegas em contexto do exercício de cuidados de enfermagem. No entanto, elaborei um processo de enfermagem para um utente que permaneceu várias semanas na unidade após queimaduras de II e III graus provocadas por explosão com gasolina (apêndice 1). Este processo inclui colheita de dados, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e avaliação.

### **2.2.2. Estrutura Física**

Relativamente a este ponto de interesse, o seu valor foi realçado por posterior comparação com a unidade de cuidados intensivos polivalente no Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Este tipo de serviço não possibilita a comunicação e o diálogo entre os utentes, porque cada um tem um quarto individual e isolado espacialmente. Sou da opinião de que estes utentes beneficiavam da partilha das suas situações clínicas, problemas e dúvidas. À exceção dos momentos de visitas, restritas a uma presença física no quarto, estes utentes não têm a quem expor e procurar ajuda para os seus receios. Os enfermeiros são o elo mais importante para a escuta, para a ajuda, para a informação. Podem ocorrer internamentos de semanas, sem a possibilidade de olhar o espaço exterior (o sol, a lua, a luz natural). A única janela dos quartos dá visibilidade a um corredor onde se deslocam as visitas dos utentes. As únicas janelas para o “mundo exterior” encontram-se na sala de enfermagem e sala de balneoterapia, e é por estas que entra a única luz natural no serviço. A luz artificial nos quartos e corredores é uma necessidade permanente. O acesso com o exterior está limitado à televisão com os quatro canais portugueses e com a informação que lhes chega pelos profissionais.

Podem ocorrer internamentos de semanas, sem a possibilidade de olhar o espaço exterior (o sol, a lua, a luz natural).

Após esta exposição do campo de estágio consigo enumerar vários temas possíveis de formação aos colegas mas, após o diálogo com o enfermeiro-chefe, tal não foi possível pela não recetividade do serviço para a mudança e para a formação. É notável o interesse pessoal dos colegas na formação externa ao serviço com evidente melhoria na prestação de cuidados, mas não é valorizada pela instituição e não há incentivo à formação em serviço.

Estamos a viver uma revolução na enfermagem na busca da sua aceitação como uma Ciência, mas com este tipo de gestão (com a agravante

de ser feita por alguém da nossa área) que não procura a valorização da profissão nem investe nas intervenções autónomas, o processo torna-se difícil. São os próprios colegas do serviço que fazem estes comentários.

Este hospital não acompanha as novas tecnologias informáticas com os resultados de exames complementares de diagnóstico em rede informática, nem investe numa prática avançada de enfermagem com a aplicação do processo de enfermagem.

A partilha de conhecimentos com os colegas da equipa foi dificultada pelo processo de acreditação a que o hospital da Prelada estava submetido. Não foram possíveis as formações em serviço, por inconveniência do serviço, mas os momentos de reflexão crítica entre os colegas foram ocorrendo oportunamente, com troca de ideias e conhecimentos, com recetividade de alguns e indiferença de outros, mas sempre com aprendizagem.

Identifico como situações complexas neste estágio: a média etária dos colegas enfermeiros no serviço, a mobilidade mensal da equipa de enfermagem, a ausência do enfermeiro-chefe na unidade por motivos estruturais do serviço e do modelo de gestão hospitalar, a ausência de uma hierarquia profissional dentro da equipa de enfermagem, a reduzida formação em serviço, a ausência de supervisão clínica, a não aplicação do processo de enfermagem.

Uma equipa homogénea em idade e conhecimentos é muito importante na qualidade dos cuidados de enfermagem, pela troca de experiências confrontadas com os novos conhecimentos, pela ponte entre a experiência e a evidência científica para desenvolver o respeito e a reflexão crítica.

A coesão de uma equipa resulta de uma base com elementos influentes e com competências, que o tempo lhes foi proporcionando. A mobilidade excessiva é uma das causas para os erros de enfermagem. Sendo os enfermeiros, os profissionais de saúde que mais tempo permanecem junto dos doentes, principalmente neste serviço, o seu grau de cuidados e nível de conhecimentos deve igualar ao seu grau de responsabilidade.

O próprio cliente queimado constitui uma situação complexa pelos vários focos de intervenção identificados.

### **2.2.3. Área De Conhecimentos Médico-Cirúrgica Em Doentes Queimados**

As competências técnicas, científicas e relacionais na assistência ao doente queimado e família assumem grande relevo no percurso desenvolvido em contexto da prática clínica especializada ao doente queimado.

Queimadura é uma lesão em determinada parte do organismo desencadeada por um agente físico, dependendo deste a sua classificação. Esses agentes atuam no tecido causando destruição parcial ou total da pele, podendo atingir camadas profundas, como o tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos (Knobel, 2006).

O Utente gravemente queimado insere-se na classificação de doente crítico pelo seu quadro fisiopatológico muito grave, caracterizado por enorme instabilidade hemodinâmica, hidroelectolítica, metabólica e psicológica, com risco de vida se não for atempadamente corrigido (Gomes, Serra & Pellon, 1997).

Os momentos de admissão dos utentes constituíram os melhores momentos de aprendizagem, pelo processo de continuidade de cuidados, pela avaliação do utente e pelo primeiro tratamento/balneoterapia e cuidados às feridas. A primeira abordagem ao queimado nunca acontece nesta unidade porque não existe serviço de urgência neste hospital, logo o tratamento a instituir ao utente recém admitido vai depender do tipo de cuidados prestados pela equipa anterior (CODU, serviço de urgência de outro hospitalar, centro de saúde...).

A primeira abordagem ao doente (no local do acidente e na admissão) pressupõe uma avaliação primária (A, B, C, D e E) tendo em consideração as especificidades do queimado na área do ABC, sendo que (A) a entubação precoce pode salvar a vida do doente pelo risco de edema; (B) as queimaduras

circunferenciais podem levar à restrição da expansão da parede torácica e diminuição da complacência, com necessidade de escarotomias, procedimento que deve ser realizado em sala de emergência, garantindo a viabilidade funcional do membro; e (C) perante o risco de choque do queimado, a monitorização do débito urinário constitui um parâmetro de avaliação muito importante (Gomes et al., 1997).

Teniz (2011) refere-se à gravidade da queimadura tendo em conta:

- A idade - As crianças e os idosos têm mais riscos de complicações com a queimadura;
- Os antecedentes pessoais - A história clínica do doente, isto é, as doenças que ele já possa ter (ex: diabetes; tensão arterial alta; doenças renais ou respiratórias) pode tornar mais grave a sua situação;
- A existência de lesão por inalação - Quando existe intoxicação com "fumo" o doente apresenta complicações respiratórias que complicam a sua recuperação;
- A etiologia da queimadura (natureza, intensidade e duração da exposição ao agente causal) - A substância que provoca a queimadura pode torná-la mais grave quanto maior o tempo de contacto. Na queimadura eléctrica, quanto mais alta é a voltagem e o tempo de contacto, mais grave poderá ser a lesão;
- A profundidade (1º, 2º ou 3º grau) - Quanto mais profunda é a queimadura, ou seja, quanto mais camadas da pele são afectadas, maior o tempo de cicatrização e os riscos envolventes. A queimadura de primeiro grau, superficial, atinge apenas a epiderme e a pele fica rosácea, edemaciada, dolorosa e sem flictena; a queimadura de segundo grau, superficial de espessura parcial, com atingimento da epiderme e derme, com aparecimento de flictenas; as queimaduras de terceiro grau destroem todas as camadas da pele até ao tecido subcutâneo, incluindo-o e apresentam-se esbranquiçadas ou carbonizadas, vermelhas ou castanhas. São geralmente indolores e

insensíveis á palpação. Todos os elementos epiteliais são destruídos, por isso, a ferida não pode cicatrizar por reepitelização. As queimaduras muito pequenas podem acabar por cicatrizar por contração; todas as outras exigem enxerto de pele para encerrar. As queimaduras extensas de espessura total deixam o doente extremamente sensível a infecções, desequilíbrios hídricos e electrolíticos, alterações da termorregulação e distúrbios metabólicos.

- A localização da lesão - A localização de uma queimadura em áreas do corpo (a face, as mãos, os pés, os genitais) pode torná-la mais grave. Também as chamadas queimaduras circulares, que contornam os membros superiores e inferiores, ou mesmo o tórax, colocam em risco os membros e o tronco por falta de circulação sanguínea.
- A extensão (superfície corporal total "SCT" afectada) - Quanto maior a área corporal queimada, maiores os riscos para o doente a nível dos vários sistemas do organismo. A extensão da queimadura, isto é, a percentagem de área corporal queimada é importante ser quantificada, pois influencia muito a atuação dos técnicos de saúde e indica a maior ou menor gravidade da situação. Para este cálculo existem duas formas mais utilizados: a Regra dos Nove de Wallace e Pulaski ou o Método de Lund and Browder. Também, quando são áreas mais dispersas no corpo, pode-se utilizar a medida da mão do indivíduo como um valor de 1%. Esta avaliação é feita por um médico, que em situação de emergência utiliza a fórmula mais rápida, a regra dos nove. Quando é necessário internar o doente, a avaliação é feita com o método de Lund and Browder obtendo-se valores mais precisos.

### **Regra dos nove de Wallace e Pulaski**

- A regra dos **Regra dos Nove de Wallace e Pulaski** utiliza apenas como valores de % múltiplos de nove, tornando esta avaliação muito subjetiva, mas ao mesmo tempo mais rápida.

No adulto:

- cabeça – 9%
- braços – 9% cada um
- tronco – 36% face anterior e posterior
- pernas – 18% cada um
- genitais – 1%

(Gomes et al., 1997)

### **Método de Lund and Browler**

- O método de Lund and Browler permite uma avaliação mais pormenorizada tanto em adultos como em crianças porque tem em atenção a superfície afetada em função do crescimento.

O tratamento deve ser planeado de acordo com a extensão e profundidade da queimadura, pelo risco de morte e complicações, nomeadamente na área dos pensos, controlo da infeção e monitorização dos sinais vitais.

A unidade investe no controlo da infeção utilizando material estéril em todas as abordagens ao utente, incluindo os lençóis da cama, manutenção de controlo da temperatura ambiente, higiene cuidadosa aos espaços comuns, quartos individuais para os utentes promovendo o isolamento, controlo das visitas. A própria maca banheira, que é utilizada para todos os utentes diariamente, é cuidadosamente lavada e desinfetada entre cada utente. Apesar das precauções assépticas e do uso de agentes antimicrobianos tópicos (sulfadiazina de prata, acetato de mafenide e nitrato de prata), a queimadura é um meio excelente para o crescimento e proliferação bacteriana.

O CDC (2003) enumera três critérios para identificar a infecção da queimadura, sendo que o Enfermeiro deve verificar, pelo menos, um deles:

Critério 1 – Alteração do aspeto da queimadura (ex: o tecido necrosado destaca-se precocemente ou toma uma coloração acastanhada escura, negra ou violácea ou surge um edema no bordo da ferida) **e**, no exame histológico de uma biópsia da queimadura, observam-se microrganismos invadindo o tecido viável adjacente;

Critério 2 - Alteração do aspeto da queimadura (ex: o tecido necrosado destaca-se precocemente ou toma uma coloração acastanhada escura, negra ou violácea ou surge um edema no bordo da ferida) **e**, pelo menos **um** dos seguintes – a)hemocultura positiva na ausência de outro foco infeccioso; b)isolamento de herpes simplex ou identificação de inclusões diagnósticas ou visualização de partículas víricas, numa biópsia ou raspagem da lesão.

Critério 3 – Pelo menos **dois** dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa que as justifique: febre (>38°C), hipotermia (<36°C), hipotensão, oligúria (<20cc/H), hiperglicemia (tendo em atenção a tolerância anterior aos carboidratos) ou confusão mental **e**, pelo menos, **um** dos seguintes – a)no exame histológico da biópsia de uma queimadura observam-se microrganismos no tecido viável adjacente; b)hemocultura positiva na ausência de outro foco infeccioso; c)isolamento de herpes simplex ou identificação de inclusões diagnósticas ou visualização de partículas víricas, numa biópsia ou raspagem da lesão.

A presença da dor induz alterações neurovegetativas: taquicardia, HTA, bradipneia, respiração superficial, hemorragia.

O cuidado, na perspectiva da dor para Gomes et al. (1997), deve ser humanizado, individualizado, não apenas farmacológico, mas essencialmente, as ações próprias da enfermagem, os nossos instrumentos de trabalho, o nosso foco, que é o cuidado humano.

De acordo com o mesmo autor, a analgesia nos utentes grandes queimados deve ser obrigatoriamente realizada por via intravascular e não intramuscular, à base de morfina, na dose de 0,1mg/kg no adulto, pois estes



pacientes rapidamente entram em choque, desenvolvendo má perfusão muscular e não absorvendo adequadamente por esta via. Na eventual alergia à morfina administra-se o fentanil.

A dor mantém-se, mesmo após a cicatrização. Alguns doentes descreveram a comichão, formigueiro e parestesias como tão desconfortáveis como a lesão inicial. Estas parestesias podem manter-se um ano ou mais após acidente.

Nunca duvidar da dor do doente, ela tem sempre uma explicação.

Na unidade existe uma preocupação com a monitorização da dor e consequente administração de analgesia e reabilitação.

A reabilitação é uma fase de recuperação e cicatrização, tanto física como emocional.

Hoje, não é impossível a sobrevivência de doentes com queimaduras superiores a 90%, sendo maior o desafio para a manutenção mobilidade e aparência cosmética. Daí a importância da enfermagem com os exercícios para a manutenção da amplitude dos movimentos, posicionamentos, talas, deambulação e atividades de vida diária, logo após as 48h de hospitalização.

As contraturas desenvolvem-se devido à superfície afetada, profundidade, localização e configuração da queimadura. É importante a frequente mudança de posição, por vezes de hora a hora. O queimado tem maior risco de desenvolver úlceras de pressão em comparação com os outros utentes internados.

A monitorização de determinados parâmetros assume grande importância para o controlo hemodinâmico e prevenção do choque hipovolémico, nomeadamente: frequência cardíaca (importante na lesão por eletricidade e quando superior a 120 bat/mn indicam insucesso na reposição da volémia); tensão arterial (nos queimados não é um bom parâmetro de monitorização hemodinâmica, pois não reflete a volémia, em consequência da libertação maciça de catecolaminas endógenas); pressão venosa central - PVC (não é um bom parâmetro no queimado porque reflete apenas a situação das

cavidades direitas do coração, não refletindo a volémia, sendo que nas primeiras 24 horas após a lesão térmica, a PVC é igual a zero).

O aumento da permeabilidade capilar promove uma “inundação” dos tecidos queimados provocada pela fuga maciça de um filtrado plasmático, com conseqüente diminuição do volume circulante e aumento do hematócrito, com aumento da viscosidade sanguínea e da resistência vascular periférica. Temos então um choque hipovolémico associado ao trauma térmico.

O Débito Urinário horário é muito importante no queimado, sendo o parâmetro vital mais importante no controlo do balanço hídrico, com a vantagem da sua praticabilidade e facilidade de realização e de baixo custo. O valor normal num adulto de 70Kg é de 30-50 ml/h, sendo esta a variável que vai determinar a velocidade da infusão da solução hidroeletrólítica a administrar.

*“...são necessários apenas dois neurónios para realizar uma correcta reposição do paciente queimado. Uma vez escolhida a solução hidroelectrolítica a ser utilizada, basta um neurónio para controlar o gotejamento da infusão, e outro neurónio para observar o fluxo urinário em resposta á infusão...” (Gomes et al., 1997, p.25)*

A fórmula de Parkland está então abandonada? O site Queimados.com.pt e os autores Calil e Paranhos (2008) referem a Fórmula de Parkland que permite calcular para cada doente a quantidade de soro (Lactato de Ringer) necessário, tendo em conta a % de área corporal queimada e o peso. Multiplica-se então  $3\text{ml ou }4\text{ml} \times \text{KG} \times \% \text{ SCTQ}$ , sendo que metade dos líquidos deve ser dada nas primeiras 8 horas após a queimadura, e o restante nas 16 horas seguintes.

Ainda, segundo Gomes et al. (1997), a escolha do líquido de reposição recai sobre as soluções cristalóides (lactato de ringer ou soro fisiológico). Nas primeiras 24 horas, só são utilizadas estas soluções pois é o tempo necessário para a normalização da permeabilidade capilar. É normal que surjam edemas perante esta reposição de líquidos tão agressiva, pois na fase inicial da reposição, a velocidade de infusão é necessariamente alta, podendo atingir os 16 litros nas 24 horas

Após as 24 horas, administram-se soluções colóides (albumina) com o objetivo de corrigir a pressão coloidosmótica no plasma, e resgatar o excesso de cristalóides no interstício do tecido queimado e não-queimado. A albumina não apresenta riscos mas tem o inconveniente do seu preço elevado, sendo por vezes substituído por plasma. Podem ser administrados até 10 frascos de 50 ml de albumina a 20% num só dia, sempre com uma infusão simultânea de lactato de ringer, agora a um ritmo inferior.

Os colóides são administrados durante todo o internamento porque contribuem para a redução do edema e conseqüente sucesso cirúrgico. O controlo da infusão baseia-se no nível sérico da albumina ( $>3$  g/dl), na presença do edema e no débito urinário (30-50), sendo que a presença de edema numa região não-queimada é sugestiva de hipoalbuminémia.

Num grande queimado podem ser administrados, durante o internamento, 172 frascos de 50 ml de albumina a 20%.

A função renal no queimado era antes muito lesada porque era desvalorizada, mas hoje é mantida e preservada pela administração de fluidos.

Não se deve administrar furosemida para manter o débito urinário desejado.

Uma dieta hiperproteica, com reavaliação diária pela nutricionista é uma preocupação da equipa da unidade.

O gasto energético com a manutenção da temperatura corporal, síntese de novos tecidos e reequilíbrio do hiperdinamismo instalado, representa um aumento de 200-250% sobre o valor basal, conduzindo a uma resposta endócrino-metabólica ao trauma com conseqüente desnutrição, imunossupressão e sepsis.

A mobilização de glicose pelo organismo pode ser superior a 400g por dia, sendo que 20% resultam da oxidação dos aminoácidos e 80% da oxidação dos lípidos. O adulto tem uma reserva proteica muscular de 4500g e visceral-plasmática de 8500g, sendo que o seu esgotamento rápido conduz o queimado a uma grave desnutrição proteico-calórica.

Os carbo-hidratos são a prioridade no fornecimento energético ao queimado, reduzindo o desvio de aminoácidos para a glicogénese.

Na unidade observei uma evidente preocupação com a alimentação do utente queimado com visita diária do nutricionista e uma alimentação muito rica em hidratos de carbono. Os próprios utentes referiam que 50% do tempo no internamento era dedicado à alimentação, sobre a qual teceram grandes elogios pela variedade e paladar.

A dieta zero não é recomendada, devendo ser iniciada após as 48 horas após o trauma térmico com dieta de tolerância associada a antieméticos e antiácidos.

Os níveis circulantes de insulina permanecem normais, no entanto, com elevação da sua resistência periférica, daí a necessidade da sua monitorização.

Preferir a via entérica em detrimento da parentérica, pois o queimado é altamente colonizado. A alimentação entérica apresenta vantagens tais como: redução da taxa metabólica basal, com elevação da insulinémia, redução da secreção das catecolaminas, glucagon e cortisol; atenua a resposta metabólica através da preservação da barreira da mucosa intestinal; prevenção da hemorragia digestiva alta, com redução da profilaxia com antiácidos.

Os distúrbios no metabolismo proteico são a causa da depressão imunitária. Os nutrientes arginina e aminoácidos melhoram a função imunológica. A suplementação com glutamina está relacionada com a uma maior integridade da mucosa intestinal, minimizando a translocação bacteriana e de endotoxinas.

Os Pensos e Tratamentos às Queimaduras são a área de intervenção de enfermagem mais abrangente porque relacionam-se com todas as outras áreas de Enfermagem (relação de ajuda, alívio da dor e do desconforto, avaliação das feridas) e, na unidade, são executados tendo em conta os pontos seguintes, que vão ao encontro de Urden et al., (2008):

- i. Pré-medicação do doente com analgésicos, narcóticos e/ou sedativos;
- ii. Lavar a ferida com soro fisiológico na unidade do doente ou água da torneira na balneoterapia;
- iii. Aplicar agente antibacteriano não agressivo (ex. hibiclens);
- iv. Promover o desbridamento durante a balneoterapia, a qual consiste na lavagem da ferida, para a limpeza e remoção de pensos em ambiente próprio, com o utente sedado e/ou anestesiado, na banheira ou chuveiro. A temperatura deve ser mantida nos 37,8° e não deve ultrapassar os 30 minutos para evitar o calafrio e o stress metabólico. A imersão total está em desuso devido ao risco de infeção, com preferência para as mesas de irrigação e chuveiros para utilizar verticalmente ou em cadeiras, sendo a remoção dos agentes tópicos e o desbridamento facilitados com os jatos de água.

O *desbridamento* é importante para diminuir a ameaça de infeção e tem dois objetivos: remover os tecidos contaminados por corpos estranhos e bactérias, protegendo o doente de uma infeção invasiva; e remover os tecidos desvitalizados ou a escara da queimadura preparando-a para o enxerto. São três os tipos de desbridamento: mecânico (uso de pinças e escovas), enzimático e cirúrgico.

Para cicatrizarem e encerrarem, as feridas necessitam da remoção da escara, sendo este um tecido não viável que se forma após a queimadura, sem aporte sanguíneo. Esta escara proporciona um meio excelente para o desenvolvimento das bactérias, daí a importância da limpeza e desbridamento diário.

Tive a oportunidade de presenciar o desbridamento cirúrgico que é uma realidade constante na unidade, constituindo uma experiência muito enriquecedora para a compreensão do processo de cicatrização;

- v. Lavar as feridas suavemente e secar com pancadinhas leves;
- vi. Promover a cicatrização húmida das feridas para otimizar a função dos fatores de crescimento locais e das enzimas proteolíticas na remoção do tecido morto, no aumento da reepitelização e da síntese do colagénio e na redução da perda de líquidos pela ferida;
- vii. Fazer o penso às queimaduras com base nos seguintes princípios:

- Os antibacterianos são importantes para evitar as colonizações de bactérias (ex. estreptococos) num meio de nutrição muito rico que é a queimadura.

- Por vezes torna-se insuficiente o tratamento tópico com necessidade de terapêutica parentérica.

- Hoje, são mais utilizados os antibióticos locais: sulfadiazina de prata, acetato de mafenide, bacitracina, prata pura impregnada no penso primário.

- Sulfadiazina de prata é um antibacteriano de largo espectro, não penetra a escara tão rapidamente como o acetato de mafedine, tem uma aplicação indolor e recomenda-se o penso diário.

- O acetato de mafedine é antibacteriano de largo espectro, penetra a escara, a sua aplicação é dolorosa porque tem uma rápida absorção, por isso tem indicação para penso bidiário.

- A bacitracina é eficaz contra os gram-positivos e não contra os gram-negativos e fungos, daí a sua melhor eficácia em penso aberto, tem uma aplicação indolor e não penetra na escara.

- A prata pura é eficaz contra um largo espectro de bactérias e fungos porque interfere com os sistemas enzimáticos bacterianos, é inofensiva para a pele normal, não se conhece toxicidade e exige mudanças de penso menos frequentes. Temos como exemplo no mercado o Aquacel Ag.

- Aplica-se antimicrobiano tópico com gaze gorda para absorver a drenagem.

- Aplicação na face de oxitetraciclina e faz-se penso aberto;

- viii. O tratamento diário pode ser realizado aberto, semi-aberto ou fechado.  
Aberto – deixar a ferida ao ar com aplicação de apenas o agente tópico com as vantagens de facilitar a observação da ferida, não limita a amplitude do movimento e diminui o risco de limitar a circulação; mas

com as desvantagens do maior risco de infecção, hipotermia e excisão da ferida.

Semi-aberto – consiste em aplicar a gaze gorda, com ou sem antimicrobiano, e material de contenção em rede, sendo aplicado em feridas menos agudas e pouca quantidade de drenagem em fase final de cicatrização.

Fechado – consiste na aplicação de medicamentos tópicos, cobertos com gaze ou com um penso não aderente seguido de um penso impermeável, com as vantagens de maior mobilidade do doente, menor risco de infecção mas com as desvantagens de maior tempo de cuidados de enfermagem necessários para a realização de pensos, não há visualização da ferida continuamente, aumento do risco da alteração da circulação periférica;

- ix. Os substitutos da pele podem ser temporários (ex. tegaderm) e permanentes (autoenxerto, aloenxerto, heteroenxerto) e têm a finalidade de proteger o tecido de granulação e/ou preservar uma superfície da ferida limpa e viável para futuro auto-enxerto. A mais importante propriedade destes materiais é a aderência, de modo que os substitutos da pele possam simular a função da pele. A aderência tem que ser uniforme, para impedir a acumulação de líquidos sob a superfície. A sua aplicação implica ferida limpa, sem escara e homeostase. Também nesta área foi-me permitida a presença em cirurgias de auto-enxerto;
- x. Depois de fechada, o tratamento da queimadura mantém-se. É usual surgirem flictenas que rebentam e cicatrizam em 3 a 5 dias. Estas devem ser lavadas com sabonete neutro e cobrir com unguento suave. É necessário aplicar nestas áreas um creme dérmico amaciador durante 6 a 8 semanas, de 4 em 4 horas, até fazer-se a lubrificação natural. Sendo o prurido frequente na evolução da ferida, pode ser necessário a administração de hidroxizina e/ou creme hidratante. Para o controlo da cicatrização hipertrófica, aplicam-se mangas tubulares de suporte nos 5 a 7 dias após o enxerto.

Alterações na aparência podem originar sentimentos de inferioridade ou mesmo de falta de competência, tanto para a pessoa lesada como para quem convive com ela.

Alterações na face podem ser completamente desestruturantes em ambos os sexos, uma vez que a face é como que um cartão de visita, desempenhando um papel fundamental nas relações sociais entre as pessoas. Alterações na aparência podem originar sentimentos de inferioridade ou mesmo de falta de competência, tanto para a pessoa lesada como para quem convive com ela.

A Escarotomia e a Fasciotomia são procedimentos realizados em contexto de emergência. No primeiro caso realiza-se no caso de queimaduras de espessura total e circunferenciais dos membros e tronco, pelo risco de compressão de estruturas e conseqüente necrose das extremidades. A fasciotomia é realizada quando se suspeita do síndrome de compartimento no antebraço ou perna, geralmente em casos de queimaduras elétricas (Irion, 2005).

Os utentes desta unidade nunca têm alta direta para o domicílio. Numa segunda fase passam sempre por um outro internamento nos serviços de cirurgia plástica ou de reabilitação, como complemento da recuperação.

A escolha do acesso venoso central nos pacientes queimados é uma decisão muito importante, pois não é raro, durante o tratamento de utentes gravemente doentes, a dificuldade no acesso venoso periférico.

No final do estágio eu elaborei uma lista de sugestões para o serviço, que incluí no meu Portefólio e que entreguei ao Enfermeiro-Chefe:

- Investir na investigação no serviço com controlo e tratamento de dados estatísticos
- Promover a formação em serviço
- Desenvolver protocolos de investigação com laboratórios para estudos de casos



- Incentivar à delegação de responsabilidades aos elementos da equipa mais bem dotados em conhecimentos e competências

- Proporcionar a prática de uma Enfermagem como Ciência com o desenvolvimento do Processo de Enfermagem.

### **3. MODULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Este estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar Tondela- Viseu.

A escolha do local do ensino clínico baseou-se em dois pontos: a inexperiência em cuidados intensivos, tanto a nível profissional como a nível académico; e a polivalência deste serviço (“Polivalente”), conciliando as várias patologias médicas com o doente crítico e/ou ventilado.

#### **3.1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO**

A UCIP situa-se no 3º piso do hospital, com oito unidades (para oito utentes), quatro em sala aberta, duas em quartos individuais/isolamento e duas em sala com videovigilância. Tem acesso direto ao bloco e constitui uma unidade autónoma com regulamento próprio.

Este campo de estágio constituiu um excelente campo de formação, proporcionando um conjunto de experiências na área do doente crítico e do doente ventilado. A ventilação mecânica foi, numa fase inicial, a minha maior dificuldade, uma vez que, nunca tinha trabalho com um doente ventilado.

Esta unidade vai ao encontro das indicações dos livros. Phipps et al (1991) definem o ambiente físico da unidade de cuidados intensivos com uma disposição, geralmente, circular, com um posto central de enfermagem, permitindo a visualização contínua e completa de todos os utentes. Estes podem estar separados por boxes individuais ou em sala aberta e ampla, utilizando cortinados como divisórias. A vantagem da visualização direta do utente opõe-se à vantagem da privacidade.

A unidade em questão possui metade das camas em sala ampla, não em circular, mas de visualização fácil, e outra metade em quartos isolados sem visualização directa, sendo que os dois mais distantes têm videovigilância para colmatar essa falha.

Os utentes deste serviço são enviados do serviço de urgência ou de qualquer serviço de internamento e do bloco, cuja situação clínica se agravou e cujos critérios permitem a sua admissão na unidade. Estes critérios de admissão, definidos na unidade de cuidados intensivos polivalente do centro hospitalar, regem-se pelo modelo de diagnóstico:

#### 1 – Sistema cardiovascular

- Insuficiência cardíaca com insuficiência respiratória associada e necessidade de apoio ventilatório
- Status pós-paragem cardio-respiratória com necessidade de ventilação mecânica

#### 2 – Sistema Respiratório

- Insuficiência respiratória aguda com indicação iminente de ventilação mecânica
- Embolia pulmonar com insuficiência respiratória em progressão
- Necessidade de entubação traqueal e ventilação mecânica
- Necessidade de cuidados respiratórios não disponíveis em outras áreas

#### 3 – Sistema Neurológico

- TCE grave com Glasgow  $\leq 8$
- Doenças do SNC ou Doenças neuromusculares reversíveis com comprometimento da respiração
- Estado de mal epiléptico
- Morte cerebral constatada ou iminente em potenciais doadores de órgãos

#### 4 – Sistema gastrointestinal

- Pancreatite grave com deterioração progressiva da função respiratória
- Perfuração esofágica com ou sem mediastinite (pós-operatório)

#### 5 – Sistema endócrino

- Cetoacidose diabética com instabilidade hemodinâmica grave, alterações da consciência, insuficiência respiratória progressiva ou ácidos grave
- Crise tireotóxica ou coma mixedematoso
- Coma hiperosmolar
- Insuficiência supra-renal ou instabilidade hemodinâmica grave

#### 6 – Pós-operatório

- Necessidade de suporte ventilatório prolongado (12 a 24h)
- Instabilidade hemodinâmica grave com baixa expectativa de recuperação no recobro nas próximas 12 a 24 h.

#### 7 – Miscelânea

- Choque séptico
- Síndrome HELLp
- Outras situações clínicas com grave instabilidade hemodinâmica

#### 8 – Intoxicação exógena

- Com instabilidade hemodinâmica grave
- Com proteção inadequada das vias aéreas
- Com convulsões

#### **Critérios de exclusão de internamento**

- Doença crónica em fase terminal

- Doença aguda em doente com comorbilidades graves e/ou irreversíveis
- Doença aguda em fase irreversível
- Doente sem necessidade atual ou iminente de terapia/vigilância intensiva

Segundo o livro de registos de admissões na unidade, os diagnósticos de internamento mais comuns são a Pancreatite, Pneumonia e Síndrome de Hellp.

Deste serviço não são dadas altas para o domicílio mas para outros serviços da mesma instituição. Ainda assim existe uma preocupação com a continuidade dos cuidados, com a preparação contínua e cuidada da família para a possibilidade de uma alta breve e com a marcação de uma consulta de *FOLLOW UP*, aproximadamente um mês após a sua alta, na própria unidade, o que revela um cuidado mais pessoal e que agrada ao utente e família que se sentem apoiados.

Não existe uma sala de enfermagem específica, onde os enfermeiros fazem registos e preparam a medicação. O espaço de enfermagem é ali mesmo ao lado do utente e da família que o está a visitar.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e seis elementos jovens mas com formação contínua, em serviço e em formação académica.

### 3.2. ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A importância deste campo de estágio resume-se à aquisição de competências e conhecimentos na área médico-cirúrgica, essencialmente na abordagem ao doente crítico/ventilado.

De acordo com Phipps et al., (1995) durante o sono ocorrem processos fisiológicos vitais, sendo considerado basicamente como um fenómeno restaurador e reparador do organismo e por isso mesmo essencial para todos

os indivíduos. A falta de sono pode ter graves repercussões em doentes em estado crítico, sendo uma componente essencial nos processos terapêuticos.

É respeitada a hora do sono com o desligar das luzes e redução do volume dos equipamentos, proporcionando um ambiente calmo.

A ausência de um ciclo de luz diurno no ambiente hospitalar pode resultar em distúrbio do ritmo circadiano regulador do sono. Este mecanismo regulador controla o equilíbrio do repouso e da atividade e é essencial para a promoção do sono. A exposição à luz e ao escuro é uma condicionante que suporta uma adequada função do sistema circadiano.

Seis das oito camas são expostas à luz natural com janelas para o exterior. Duas das camas estão em quarto fechado sem possibilidade de luz natural, apenas artificial, com conseqüente comprometimento do ritmo circadiano e equilíbrio sensorial do utente.

Este serviço tem um acesso direto ao bloco sem necessidade de transporte do utente por corredores. Este circuito interno do utente e profissionais de saúde permite uma abordagem mais direta e menos “burocrática” no atendimento do utente.

Caraterizo as atividades de enfermagem, essencialmente autónomas e segundo uma abrangência de conhecimentos que não permite a mobilidade de enfermeiros como critério de recrutamento. Refiro-me a colegas enfermeiros em formação permanente, ora em serviço ora em formação por “conta e custos próprios”, com pós-graduações e especialidades, cuja integração no serviço exige algumas semanas. Ou seja, são enfermeiros com grande nível de conhecimentos e que, conseqüentemente, adquiriram autonomia na abordagem do doente crítico. Por isso, o meu estágio decorreu no sentido na aquisição de conhecimentos.

Como conseqüência do meu processo de aprendizagem desenvolvi uma pesquisa bibliográfica que se refletiu no meu portefólio e no meu estudo de caso previamente entregue ao meu tutor e orientador.

Da minha observação, conclui, felizmente, que a maioria dos procedimentos de enfermagem são intervenções autónomas e poucas são interdependentes, ou seja, analisando os procedimentos e atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na unidade, enumero os cuidados de higiene e conforto, posicionamentos, pensos, monitorização e avaliação da parte ventilatória e hemodinâmica, preparação e administração da medicação, alimentação, alteração e/ou suspensão de medicação em perfusão, desmame ventilatório e extubação como intervenções autónomas. As intervenções interdependentes incluem a decisão da admissão e alta do utente, prescrição de medicação, entubação endotraqueal, prescrição de exames auxiliares de diagnóstico.

Na área dos conhecimentos e competências adquiridas na área do doente crítico e ventilado, desenvolvi procedimentos em todas as áreas e focos de intervenção, tais como: admissão do utente, preparação e admissão do utente do bloco operatório, ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica, tratamento de feridas, pensos, medicação, reposição de hidroelectrolíticos, alimentação, risco de infeção, a dor.

Adquiri capacidades de interpretação da resposta ventilatória do doente e sempre que esta não se encontrava dentro dos parâmetros normais, tentava solucionar o problema. A escolha da modalidade ventilatória é um ato médico mas a avaliação das alterações do estado geral do doente inerentes à modalidade selecionada fazem parte das funções de enfermagem.

Ainda ao nível do doente ventilado, aspirei secreções da orofaringe e tubo orotraqueal, realizei gasometrias arteriais, com a interpretação dos valores e consequentes alterações das modalidades ventilatórias e perfusões medicamentosas.

Colaborei numa entubação orotraqueal em situação de emergência, incluindo a administração de fármacos sedativos, hipnóticos e relaxantes musculares e observação dos efeitos secundários. Em ambiente de cuidados intensivos, estes procedimentos são executados com a adequada técnica asséptica e todas as técnicas são protocoladas e documentadas, cientificamente, numa pasta feita para o efeito.

Procedi aos posicionamentos para melhorar a ventilação do doente e colaborei no desmame ventilatório, através da colocação do doente em ventilação espontânea, com apoio de peça em T, e em seguida à sua extubação.

Nos doentes com instabilidade hemodinâmica geri drogas vasoativas, administrei fluidos como colóides e cristalóides, tendo sempre atenção aos efeitos secundários dos mesmos, procurando a estabilidade hemodinâmica do utente.

Tendo como objetivo um balanço hídrico positivo ou negativo, alterei perfusões de medicação e fiz o registo horário de todas as entradas e saídas.

Na unidade, a alimentação parentérica é instituída aos doentes que não podem iniciar a alimentação entérica. No primeiro caso é feita por cateter venoso central e, no segundo caso por sonda nasogástrica ou nasojejunal. Tive a oportunidade de administrar alimentação e medicação pela sonda nasojejunal, cujas características permitem, em simultâneo, a alimentação entérica e controlo da estase gástrica.

Relativamente ao estado de consciência, os doentes encontram-se sedados, na sua maioria em Ramsay 5/6, na Escala de Ramsay, com perfusões de fármacos sedativos e analgésicos, cuja gestão depende da situação ou manifestação dos doentes.

Tive a oportunidade de monitorizar a PIA – Pressão Intra-Abdominal cujo valor varia com a respiração e a sua avaliação pode ser direta ou indireta, sempre em posição dorsal, no final da expiração. O método direto é realizado com a inserção de um cateter ou agulha na cavidade peritoneal, conectado a um manómetro de pressão. O método indireto é o mais utilizado e é realizado através da pressão intravesical, por sonda vesical.

A cavidade abdominal é um compartimento com complaine limitada. A pressão intra-abdominal normal varia entre 0-12 mmHg e é influenciada pelo índice de massa corporal. Pressões superiores a 15-20mmHg podem causar redução do débito urinário, oligúria, hipoxémia, aumento da pressão



respiratória e redução do débito cardíaco. Pressões acima de 25mmHg têm indicação cirúrgica para descompressão.

A avaliação da PIA está indicada nos traumas abdominais, distensões abdominais, dificuldade respiratória, hipercapnia, oligúria, redução do débito cardíaco e hipoxia (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010).

Urden et al., (2008) fala na monitorização da PVC – Pressão Venosa Central está indicada sempre que um doente tenha uma alteração significativa do volume dos líquidos e traduz a pressão criada pelo volume existente no coração direito. A PVC é usada na clínica para avaliar o balanço hídrico (volume de sangue circulante e função de bombeamento do lado direito).

Foi-me proporcionado prestar cuidados ao V.A.C. - Vacuum Assisted Closure/Fechamento Assistido a Vácuo que é um sistema utilizado na cicatrização de feridas em que se aplica uma pressão negativa (método a vácuo) localizada e controlada, com o objetivo de estimular a granulação e a cicatrização. É um dispositivo que promove a vasodilatação arterial e consequentemente o aumento do fluxo sanguíneo nos tecidos, estimulando a formação de tecido cicatricial de granulação. A remoção dos fluidos diminui o edema, a pressão intersticial, e a colonização bacteriana, criando um ambiente húmido benéfico para a migração epitelial e a cicatrização e remove ainda certas proteínas que comprometem a cicatrização e aumentam a colonização bacteriana. A pressão negativa contínua ou intermitente estimula a diminuição da ferida dos bordos para o centro, sendo considerada ideal uma pressão de 125 mmHg.

As indicações para o VAC são as feridas crónicas e diabéticas, úlceras de pressão e feridas agudas traumáticas, deiscência e enxertos.

Nos momentos de visita do utente pelos seus familiares desenvolvi técnicas de comunicação na interação com o cliente e família e relacionamento terapêutico no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Durante as semanas que decorreram nesta unidade tive a possibilidade de dar alta e admitir utentes nas respetivas unidades do utente, nomeadamente

a preparação do ventilador, monitor e material para acessos de monitorização invasiva.

## **4. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Este estágio decorreu no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

A escolha do local de campo de estágio baseou-se em dois pontos: a polivalência deste serviço, com valências básicas, diferenciadas e altamente diferenciadas, tais como Neurocirurgia e Nefrologia; e a sua área de influência que se estende a todo o distrito de Viseu, recebendo utentes transferidos dos vários serviços, incluindo do meu local de trabalho.

O meu objetivo principal para este campo de estágio é a aquisição de competências na área do doente crítico que é acolhido na sala de emergência.

### **4.1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO**

Dadas as características deste hospital central, a sua Urgência Geral consegue dar resposta a todas as valências médicas: Cardiologia, Cirurgia, Cirurgia Vasculuar, Clínica Geral, Dermatologia, Gastroenterologia, Hematologia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Urologia... No entanto, algumas especialidades não estão asseguradas 24 horas (Neurocirurgia, Oftalmologia, Urologia), sendo que são necessárias transferências inter-hospitalares, asseguradas por uma equipa de enfermeiros preparada para o efeito, para o Centro Hospitalar de Coimbra, que constitui o hospital de referência para o Hospital de Viseu. Em situações de emergência neurocirúrgica ou de transporte para hospitais mais distantes (Lisboa ou Porto) é ativado o helitransporte.

A média de utentes admitidos ronda os 400 utentes/dia e a equipa de enfermagem é constituída por 60 enfermeiros. Perante um tão elevado número de utentes e enfermeiros, está justificada a delegação de funções que o enfermeiro-chefe incute nos enfermeiros especialistas e chefes de equipa.

O circuito interno do utente no serviço de urgência resume-se à sua inscrição no administrativo, depois é feita uma triagem – Triagem de Manchester por um enfermeiro habilitado, implementada desde 2002 e recorrendo a um programa específico ALERT. Daqui o utente é encaminhado para uma das cinco áreas possíveis de atendimento – áreas dos verdes/azuis (não-urgentes), área dos amarelos (urgente), sala aberta (muito urgentes e especialidades medicas), pequena cirurgia (utentes vítimas de trauma) ou sala de emergência (emergência). Até à data do término do meu estágio, o acompanhamento do utente ainda não é permitido, à exceção de utentes menores, com perturbações psiquiátricas, dependentes ou agitados. Existem outros dois postos de atendimento ao utente – Unidade de Decisão Clínica (UDC) e Sala de Observações (SO) onde os utentes são colocados após observação médica e com necessidade de vigilância.

## 4.2. ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

São três as grandes áreas de competências desenvolvidas neste campo de estágio e que, sem dúvida, vão ao encontro aos objetivos gerais enumerados na Introdução e com o objetivo principal identificado no ponto anterior, e, conseqüentemente, contribuíram para terminar o Plano de Estudos do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A primeira competência resume-se à caracterização e identificação dos serviços prestados num Serviço de Urgência Geral de um hospital central e caracterização dos seus principais utilizadores. Trata-se um serviço público, tendencialmente gratuito e acessível a todos os cidadãos do SNS português e ao cidadão europeu, proporcionando um nível de resposta do mais diferenciado possível, com exceção de uma ou duas especialidades médicas em

determinadas horas. Todo o utente que recorre a este serviço, tem direito ao tratamento e nível de cuidados adequados ao seu estado de doença.

A segunda competência relaciona-se com as funções dos enfermeiros especialistas no serviço de urgência, nomeadamente nas áreas de supervisão de cuidados, gestão dos recursos humanos e materiais, gestão de conflitos, formação em serviço... são a ponte importante com o Enfermeiro-Chefe na coordenação do serviço nos turnos da manhã e tarde e na resolução dos vários problemas que ocorrem no serviço. O Enfermeiro Especialista é O Enfermeiro que está sempre presente nos turnos críticos e cuja presença é importante para o sentimento de segurança e de responsabilidade para todos os elementos, não só enfermeiros mas também os assistentes operacionais. A este nível foi-me possível desenvolver formação em serviço adequada às necessidades formativas encontradas, auditorias ao processo de Triagem e gestão de recursos.

A terceira competência inclui os conhecimentos técnico-científicos importantes para o desempenho das funções enquanto prestadora de cuidados. A este nível, desenvolvi o meu estágio para a área da emergência e triagem, pelo gosto por esta área e por ser o tema – Doente Crítico – que constitui a base orientadora da minha especialidade em Enfermagem.

Sendo oito as áreas de trabalho de enfermagem e sendo o Doente Crítico a base de todo o meu processo de formação pós-licenciatura, decidi desenvolver o meu estágio no serviço de urgência na sala de emergência e, conseqüentemente, investir na investigação e ações de formação nesta área. Sendo o meu tutor de estágio responsável pela formação em serviço, pela supervisão e coordenação de cuidados e pelas auditorias à triagem, as minhas competências e atividades a desenvolver envolveram estas áreas.

Nas designadas “salas dos verdes”, “sala aberta”, “UDC – Unidade de Decisão Clínica” e “SO – Sala de Observações” os cuidados prestados vão ao encontro de técnicas que desenvolvo na minha atividade profissional, daí que a minha permanência nestas áreas limitou-se a um dia de estágio no sentido de identificar o tipo de cuidados prestados e protocolados para cada área, uma

vez que uma destas áreas será o destino da grande maioria dos utentes admitidos no Serviço de Urgência.

A Triagem é, sem dúvida, uma área de grande responsabilidade para o enfermeiro. A ideia de “triar” já surgiu há muitos anos e, de uma forma ou de outra, foi realizada segundo normas e/ou protocolos de serviço, sempre com o objetivo de um atendimento justo e segundo critérios de gravidade. No caso do Serviço de Urgência do Hospital de Viseu, a par de outros hospitais, adquiriu o método de triagem de Manchester, em 2002, com as necessárias alterações e adaptações à realidade deste hospital e recorrendo ao aplicativo informático “ALERT”, atualmente na versão mais recente, adquirida em 2009. Sem elaborar diagnósticos de enfermagem o enfermeiro tem que ter a capacidade de identificar o verdadeiro motivo que levou aquele utente ao serviço de urgência. A experiência no serviço e os conhecimentos teóricos da formação em enfermagem assumem uma enorme importância para separar e objetivar o que o utente nos diz e nos expressa. Ou seja, o utente faz a sua interpretação dos sinais e sintomas e seleciona o que nos transmite, com grande influência no processo de triagem. O enfermeiro tem o papel importante na recolha da verdadeira história que levou o utente ao serviço de urgência e orientar o utente para a área de atendimento mais adequada. Não são raras as contradições entre o que foi dito pelo utente na sala de triagem e o que o utente refere ao médico. Na triagem pretende-se a objetividade da queixa do utente. Os fluxogramas do programa proporcionam a tal objetividade, no entanto, na minha opinião, a monitorização da dor será sempre o ponto de subjetividade no processo de triagem. Este sinal vital está presente em quase todos os fluxogramas e a sua avaliação não consegue ser tão objetiva quanto se pretende. É por isto que a “máquina” não pode substituir o homem, porque a primeira não consegue objetivar a subjetividade do ser humano.

Particpei no processo de triagem, com supervisão do meu tutor, no qual me sinto à vontade, uma vez que no meu local de trabalho (Serviço de Urgência da Unidade de Tondela) desenvolvo atividades nesta área para a qual estou habilitada com curso de triagem de prioridades de Manchester, cujos formadores foram colegas do serviço da Unidade de Viseu. O interesse no desenvolvimento desta competência relaciona-se com o facto de em Tondela

ainda utilizarmos o programa informático ALERT na primeira versão, e em Viseu ser utilizada a versão atualizada. Assim adquiri conhecimentos importantes para no futuro desenvolver no exercício da minha profissão no meu local de trabalho.

Sistema informático ALERT não só inclui o processo de triagem, mas também todos os ambientes de prestação de cuidados de saúde e para todos os profissionais da área da saúde com a capacidade de anular a informação em suporte papel. Esta metodologia permite a apresentação de informação constantemente atualizada em formato de grelha-sumário para cada perfil de utilizador e utilizador individual; destacar cada utilizador para tarefas pendentes; organizar o trabalho por doente; ter acesso a resultados de todos os exames de imagem e procedimentos pedidos naquele episódio de urgência ou em contexto de outros episódios ou consulta externa, importantes para comparação de resultados em tempo útil.

No ano de 2008 iniciou-se a implementação das Vias Verde AVC e Coronária no Hospital de Viseu, permitindo aos doentes com suspeita de isquémia cerebral ou coronária serem encaminhados correcta e atempadamente, no diagnóstico e tratamento da mesma. Em 2008, a Administração Regional de Saúde do Norte elaborou um Plano de Implementação das Vias Verdes Coronárias e de AVC na região Norte, na qual este hospital está incluído. A estratégia visa a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda das doenças cardiovasculares aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento com dois objetivos principais: Redução da morbi-mortalidade por EAM e AVC e Melhoria da recuperação funcional; e são duas as estratégias - reduzir o tempo intra-hospitalar e reduzir o tempo pré-hospitalar.

Na sequência da prestação de cuidados diretos, acompanhei um doente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral prestando todos os cuidados inerentes ao protocolo da via verde do AVC. Os utentes são admitidos na via verde segundo os critérios de admissão – diminuição da força e/ou sensibilidade de um hemisfério, alteração da linguagem ... com 3 horas de evolução - logo no processo de triagem realizada pelo enfermeiro. O programa

ALERT atual inclui a área de destino de atendimento VIA VERDE AVC, sendo o utente encaminhado diretamente e com informação pessoal ao médico responsável para o efeito. O médico procede à avaliação do utente segundo critérios de inclusão ao protocolo (Programa Nacional de Atendimento à doença vascular aguda, 2009):

- Critérios de inclusão

- Até 3 horas de evolução
- Lesão neurológica moderada/severa
- TAC normal ou achados particulares
- Sem contra-indicações

- Critérios de exclusão – História

- TCE < 3 meses
- História de hemorragia craneana
- Grande cirurgia < 14 dias
- Hemorragia gastrointestinal ou urinária < 21 dias
- EAM < 3 meses

- Critérios de exclusão – Clínica

- HTA elevada não controlado TAS>185 e TAD>110
- Hemorragia subaracnoideia
- Hemorragia activa – diatese hemorrágica

- Critérios de exclusão – Exames Laboratoriais

- Plaquetas < 100000
- Glucose < 50
- INR > 1,7
- Obstrução de 1/3 da artéria cerebral



Se reunir os critérios de inclusão dá-se continuidade aos cuidados – colheita de sangue (estudo da coagulação do sangue - INR) + TAC (tomografia axial computadorizada – para determinar se é hemorrágico ou isquêmico).

Os efeitos adversos relacionados ao tratamento podem ser graves e até fatais, conforme verificado pelo aumento nas hemorragias intracranianas sintomáticas ou não. Desta forma, para se realizar tratamento trombolítico devem ser respeitados à risca os critérios de inclusão e exclusão.

A implementação do protocolo permitiu uma redução da taxa de mortalidade e das sequelas relacionadas com esta patologia. Neste hospital está determinado que este tratamento é executado num serviço de internamento – Neurocirurgia, para onde os utentes são encaminhados após a avaliação em contexto de urgência. Em outros hospitais o tratamento é iniciado em contexto de Urgência.

Depois de ativada a equipa responsável para o tratamento no referido serviço, o utente é reavaliado pela medicina interna e só agora dá-se início ao tratamento. Não são raras as vezes que os utentes encaminhados para o serviço são excluídos do tratamento trombolítico por não reunirem os critérios de admissão protocolados na Unidade de AVC do serviço de Neurocirurgia. Os próprios critérios não reúnem o consenso geral de todos os clínicos, nomeadamente no diz respeito ao tempo de evolução do AVC. Já existem estudos que referem vantagem do tratamento trombolítico até às 4,5h. Cavalcanti e Olmos (2009) realizaram um estudo em 2008 com trombólise entre as 3h e 4,5h com sucessos na diminuição das sequelas após AVC Isquémico.

Confirmadas as condições de viabilidade do tratamento, não há tempo a perder - Quanto mais precoce o tratamento, mais tecido cerebral permanecerá viável e possivelmente, menores serão as sequelas.

Trombólise com Alteplase é o tratamento instituído na Unidade de AVC, acompanhando o atual tratamento padrão para acidente vascular cerebral isquémico. Trombólise com o Fibrinolítico preferencial – Alteplase, sendo 10% em bólus e os restantes 90% em perfusão numa hora. É, por isso, justificado o

início de tratamento apenas em contexto de internamento, num ambiente mais calmo e ponderado e com uma equipa treinada e preparada.

Na sequência da prestação de cuidados diretos, acompanhei dois doentes com suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) prestando todos os cuidados inerentes ao protocolo da via verde coronária. Os utentes são admitidos na Via Verde Coronária segundo os critérios que indiciam um EAM em evolução, nomeadamente a dor pré-cordial ou referenciado por outra entidade de saúde por suspeita de EAM, logo no processo de triagem realizada pelo enfermeiro. O programa ALERT inclui como destino o ECG, sendo o utente encaminhado directamente para o técnico, sendo este exame requisitado pelo enfermeiro da triagem.

A dor pré-cordial é o sintoma mais característico do EAM, contudo pode ser confuso o quadro de sinais e sintomas referidos como queixa do utente na triagem. O utente pode ser directamente encaminhado para a sala de emergência quando o utente é referenciado pelo CODU ou apresenta um quadro típico de EAM. No entanto são várias as possíveis queixas do utente a iniciar um EAM, daí a protocolo do Serviço de Urgência em encaminhar o utente com dor torácica à esquerda para o ECG, ainda que não seja uma précodialgia. O técnico está preparado para a interpretação do ECG e posterior encaminhamento para a cardiologia.

Na Sala de Emergência, onde incidi o meu estágio, tive a oportunidade de acompanhar dois utentes com um Enfarte Agudo do Miocárdio prestando todos os cuidados inerentes à patologia – administração de medicação (**morfina+oxigénio+nitroglicerina+aspirina**) + exames (ECG) + análises laboratoriais (enzimas cardíacas) + preparação e acompanhamento para as duas possibilidades – internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários - UCIC para tratamento médico e Serviço de Hemodinâmica para o tratamento cirúrgico.

Brandão (2000) fala nessas duas alternativas de tratamento:

1 – Sintomatologia até 12 horas de evolução pressupõe um tratamento médico com base em trombolíticos/fibrinólise, preferencialmente utilizando a Alteplase com o objetivo final da degradação da Fibrina;

2 – Persistência da sintomatologia ou ECG sugestivo de EAM após as 12 horas do início dos sintomas pressupõe um tratamento cirúrgico, tal como a angioplastia/intervenção coronária percutânea com o objetivo final da dissolução através de cateter com balão com ou sem implementação de stent.

Falo agora da Sala de Emergência, onde para além dos EAM, prestei cuidados de enfermagem ao doente crítico/emergente, nomeadamente a politraumatizados, utentes com insuficiência respiratória, edema agudo do pulmão, com conseqüente aperfeiçoamento do meu desempenho técnico-científico e relacional e desenvolvimento da capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas.

A sala de emergência tem 4 unidades preparadas para receber e cuidar de 4 doentes críticos e outra unidade pronta para ser preparada, com a capacidade final de resposta para 5 utentes, simultaneamente.

Da consulta do livro de registo de entradas na sala de emergência identifiquei, em 2009, 2125 utentes admitidos na sala de emergência, sendo:

- 204 utentes de trauma (9,6%)
- 1921 utentes com doença emergente (90,4%)

Estão incluídos no trauma os utentes com o diagnóstico de feridas perfurantes e por arma de fogo, politraumatizados, TCE, lesão toraco-abdominal e vítimas de quedas e de acidentes de viação.

Ao nível do Traumatismo Vertebro-Medular, tive a oportunidade de prestar cuidados a um utente com suspeita de traumatismo vertebromedular. Segundo a National Acute Spinal Cord Injury Study (NASCIS) II o protocolo de administração da metilprednisolona IV segue os seguintes critérios:

- Bolus de 30 mg / kg de peso corporal
- Seguido de infusão de 5,4 mg / kg / hora para 23 horas
- Pontos de exclusão – mais de oito horas de evolução, feridas por arma de fogo, grávidas, menores, toxicodependentes, a fazer corticoterapia no domicílio.

No serviço de Urgência está protocolado, se a lesão tem até 3 horas de evolução, a administração de 2gr de Solu-Medrol em 100cc de soro em 15 minutos e após um intervalo de 45 minutos inicia-se a perfusão e 8gr de Solu-Medrol em 1000cc de soro em 24 horas, o que vai ao encontro da NASCIS.

Se o TVM tem entre 3 e 8 horas de evolução está protocolado a administração de 2gr de Solu-Medrol em 100cc de soro durante 15 minutos e, após 45 minutos, inicia-se a perfusão de 16 gr de Solu-Medrol em 2000cc de soro em 48 horas.

A controvérsia na administração de corticosteróides no TVM existe desde há muito anos, tendo sido defendido inicialmente o tratamento com a dexametasona e hoje defende-se a metilprednisolona, mas sempre com discussão sobre o benefício da sua administração, pelo risco elevado de infeção.

Um estudo realizado por Maria João Andrade e Sofia Gonçalves no serviço de Fisiatria do Hospital de Santo António no Porto e publicado em 2007, demonstra que “a administração de corticoterapia de acordo com o protocolo NASCIS II (...) não demonstraram influência significativa na evolução registada em qualquer um dos períodos considerados.”. Alguns dos colegas do serviço de urgência têm conhecimento deste estudo, e referem-no, enquanto trabalho de equipa multidisciplinar, na abordagem ao doente com TVM no entanto, a sua administração depende da prescrição médica.

O que registei foi a administração da metilprednisolona e preparação do utente para a transferência inter-hospitalar para encaminhamento para observação por neurocirurgia.

Também em contexto de urgência tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem ao doente gravemente queimado trazido pelos bombeiros. Ou seja, tive aqui a oportunidade de aplicar os conhecimentos anteriormente adquiridos na Unidade de Queimados, nomeadamente os primeiros cuidados às queimaduras, controlo da dor, balanço hídrico, prevenção da infeção e preparação da transferência do utente para uma unidade de queimados.

Enquanto responsável da sala de emergência tive a responsabilidade de acompanhar alguns utentes para a unidade de cuidados intensivos polivalente, após serem observados pela equipa de medicina intensiva e reunirem critérios para a sua admissão na respetiva unidade. Fui responsável pela transmissão de informação sobre o utente e colaborar na sua transferência na unidade.

O método de trabalho adotado no serviço é o método individual, sendo os enfermeiros distribuídos por áreas com responsabilidades na prestação de cuidados aos utentes que aí se encontram. É o método adequado ao tipo de cuidados prestados num serviço de urgência onde é elevada a afluência de utentes e com a distribuição dos mesmos pelas diferentes áreas de atendimento.

Coadjuvei com a equipa multidisciplinar nas atividades do serviço, principalmente perante situações novas e no âmbito da minha especialidade.

Relativamente à supervisão de cuidados, gestão dos recursos humanos e materiais e gestão de conflitos, participei na distribuição dos enfermeiros pelas áreas de trabalho e na distribuição diária dos enfermeiros para as refeições, com o cuidado da otimização dos recursos humanos para as áreas críticas.

Em cooperação com o meu tutor colaborei na gestão de materiais, efetuando as requisições semanais dos fármacos e material necessário, requisições de reparação e manutenção de instrumentos, equipamentos e salas de atendimento e no processo de auditorias mensais às triagens.

Na área da formação desenvolvi dois trabalhos com a respectiva apresentação aos colegas do serviço – “Proposta de Procedimentos de Enfermagem na Sala de Emergência” (apêndice 2) e “Privacidade no Serviço de Urgência um Direito Comprometido” (apêndice 3), apresentados nos dias 5 e 11 de Fevereiro de 2010, respectivamente. O primeiro trabalho foi pensado com o objetivo de uniformizar procedimentos na sala, tendo em conta outras realidades. Por isso eu, em conjunto com o meu orientador de estágio e uma enfermeira especialista deste serviço, visitamos dois outros serviços de urgência dos hospitais de Santa Maria e Garcia da Orta, no dia 28 de

Dezembro de 2009. Os principais objectivos foram o confronto de ideias e a procura de novas soluções para a lei do acompanhamento do utente.

A pertinência desta visita relaciona-se com a constatação da excelência do equipamento da nossa sala de emergência, adequadamente preparada para receber e cuidar de utentes críticos, em comparação com outras realidades. A apresentação por si só foi muito importante por constituir um momento de debate e troca de opinião sobre possíveis soluções para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem na sala de emergência. Estiveram presentes todos os enfermeiros especialistas do serviço e chefes de equipa de enfermagem.

O segundo trabalho foi pensado e preparado em conjunto com dois colegas da especialidade, a frequentar o mesmo campo de estágio e no mesmo período que eu. A pertinência deste trabalho não só está relacionada com o tema mas também com o trabalho em equipa que foi importante e louvável, com ganhos evidentes na competência do trabalho em equipa. A temática é muito atual e tem suscitado críticas e dúvidas entre as várias classes profissionais pela problemática que é o comprometimento/desrespeito do direito de todos nós à nossa privacidade.

O tema foi apresentado a todos os enfermeiros, expondo a nossa visão, enquanto externos à equipa e com uma proposta de alteração das infra-estruturas a adequar na reestruturação do serviço de urgência que está projetada.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Posso concluir que atingi todos os objectivos propostos no plano de estudos da Universidade Católica para esta especialidade, uns mais facilmente que outros, mas todos igualmente importantes para o sucesso deste ciclo de aprendizagem.

De uma forma geral, relacionei-me e integrei-me nas equipas multidisciplinares de forma adequada, produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei num processo contínuo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, e preocupada em refletir na e sobre a prática, de forma crítica e desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Liderei equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC e tomei iniciativas dentro da especialidade.

Dentro do próprio contexto da especialidade médico-cirúrgica consegui gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada, adequando os diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada; e demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos e de consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, incluindo a supervisão e zelo do exercício profissional.

No decorrer dos três campos de estágio abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, e compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas (estudos científicos e guidelines) e às suas responsabilidades sociais e éticas; e incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

No processo da formação formal e informal nos campos de estágio comuniquei aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; formulei e analisei questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e a formação em serviço na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As dificuldades que aponto resumem-se apenas ao esforço físico que me acompanhou na realização dos estágios, especialmente o estágio na Unidade de Queimados no Hospital da Prelada no Porto, pela sua localização e em simultâneo com o exercício profissional.

Em suma, realço a importância do conhecimento técnico e científico para que a equipa de enfermagem avalie as suas próprias decisões e preste uma assistência adequada e humana para situações específicas de cada utente crítico. Do meu ponto de vista, a formação profissional não incide apenas na área científica mas também na área humana, compreendendo a singularidade de cada um, porque humanizar é cuidar do outro de forma holística englobando a família e respeitando os seus valores, culturas e preocupações.

Entendo que no decorrer dos três estágios na Urgência, Cuidados Intensivos e Queimados, foi-me possível desenvolver três grandes áreas de Enfermagem – Doente Crítico, Doente Queimado e Humanização de Cuidados. Mas o mais importante de todo este percurso foi a certeza de que HOJE sou uma MELHOR ENFERMEIRA pelo acréscimo dos conhecimentos, na área da Enfermagem e na área do SER HUMANO.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. J. & Gonçalves, S. (2007). Lesão Medular Traumática: Recuperação Neurológica e Funcional. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 401-406.
- Brandão, J. (2000). *Enfarte do Miocárdio – Reconhecimento e Actuação Imediata*. Recuperado em 2010, Fevereiro 5, de <[http://www.csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/42/165\\_texto.html](http://www.csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/42/165_texto.html)>.
- Calil, A. M. & Paranhos, W. Y. (2008). *O Enfermeiro e as Situações de Emergência* (1ª ed.). São Paulo: Atheneu.
- Cavalcanti, E. F. A. & Olmos, R. D. (2009). Trombólise entre 3 e 4,5 horas no AVC Isquémico. Recuperado em 2010, Janeiro 6, de <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/1607/trombolise\\_entr\\_e\\_3\\_e\\_45\\_horas\\_no\\_avc\\_isquemico.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/1607/trombolise_entr_e_3_e_45_horas_no_avc_isquemico.htm)>.
- Gomes, D. R., Serra, M. C. e Pellon, M. A. (1997). *Tratamento de Queimaduras : Um guia Prático* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Informar e Educar para prevenir (2010). *Unidade de Queimados*. Recuperado em 2010, Fevereiro 10, de <<http://www.queimados.com.pt/>>.
- Irion, G. L.. (2005). *Feridas – Novas Abordagens, Manejo Clínico e Atlas em Cores* (1ªed.). Loures: Lusociência.
- Knobel, E. (2006). *Terapia Intensiva* (1ªed.). São Paulo: Atheneu.
- Ministério da Saúde - ARS Norte – Administração Regional de Saúde do Norte (2008). *Implementação das Vias Verdes Coronárias e de AVC na Região Norte*.

- Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Urgência e Emergência (2009). *Programa Nacional de Atendimento à doença vascular aguda*. Recuperado em 2010, Janeiro 15, de <[http://wwwweb2.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/redebrasilavc/usu\\_doc/projeto\\_nacional\\_de\\_atendimento\\_ao\\_avc.pdf](http://wwwweb2.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/redebrasilavc/usu_doc/projeto_nacional_de_atendimento_ao_avc.pdf)>.
- Ministério da Saúde - Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (2003). *Programa Nacional de Controlo de Infecção – Critérios do CDC para o diagnóstico das Infecções* (1ª ed.). Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.
- Ministério da Saúde - Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (2004). *Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário – Algaliação de Curta Duração* (1ªed.). Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.
- Phipps, W. J., Long, B. C., Woods, N. F. & Cassmeyer V. L. (1991). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (2ªed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2010). *Doente Crítico*. Recuperado em 2010, Janeiro 15, de <<http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>>.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2010). *Pressão Intra-Abdominal*. Recuperado em 2010, Janeiro 15, de <[http://www.cuidados-intensivos.com/press\\_o\\_abdominal.html](http://www.cuidados-intensivos.com/press_o_abdominal.html)>.
- Teniz, L. (2011). *Informar e Educar para prevenir*. Recuperado em 2011, Fevereiro 10, de <<http://www.queimados.com.pt/>>.
- Urden, L. D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos : Diagnóstico e Intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.

# **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

**(Processo de Enfermagem de Utente  
Queimado)**

# Avaliação Inicial

## Dados Gerais

Nome Preferido: anônimo

## Familiar de Referência/Papel de Prestador de Cuidados

Nome: anônimo

Parentesco: mãe

Telefone: 21.....

Observações: vive com os pais e é dependente deles economicamente

## Respiração/Circulação

Tossir: eficaz

Secreções: não se aplica

Edemas: edemas generalizados mais acentuados na face, tórax e membros superiores

Cateteres: central 4 vias na jugular direito, venoso periférico no antebraço esquerdo, arterial no antebraço esquerdo

## Autocuidado Beber e Comer

Dieta Habitual: Dieta normal 6X/dia. Não refere restrições alimentares ou alimentos que não goste, antes

Deglutição alterada: SNG nº18

Dependência: dependente, agora

## Eliminação

Intestinal: regular em quantidade normal de fezes moldadas de cor castanha, continente, antes

Vesical: incontinente, sonda vesical foley nº16, com saída de urina clara e límpida, agora

## **Autocuidado Atividade Física**

Vontade: não se aplica

Resistência: não se aplica

Dependência: dependente, agora

## **Autocuidado Sono**

Sono: não se aplica

## **Autocuidado Higiene**

Hábitos de Higiene Corporal: cuidados

Hábitos de higiene oral: cuidados

Dependência: dependente, agora

Tegumento cutâneo: feridas/queimaduras de 1º e 2º graus no tórax, face e membro superior direito

## **Consciência, Emoção e Segurança**

Consciência: coma

Emoção: não se aplica

Riscos: de queda

## **Comunicação**

Fala: não se aplica

Audição: não se aplica

Visão: não se aplica

Interação Social: não se aplica

## **Crença**

Religiosa: não se aplica

Cultural: não se aplica

## **Aprendizagem**

Vontade de aprender: não se aplica

Conhecimentos sobre a doença: não se aplica

Aprendizagem cognitiva: não se aplica

Prestador de cuidados: conhecimentos: insuficientes

## **Escala de Braden**

Percepção Sensorial -----	1
Humidade -----	2
Actividade -----	1
Mobilidade -----	1
Nutrição -----	3
Fricção e forças de deslizamento-----	1
TOTAL -----	9

# Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções

## RESPIRAÇÃO

### Expectorar

- Ineficaz em grau elevado
- 1-aspirar secreções
  - 2-optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento
  - 3-vigiar a expectoração
    - a)consistência
    - b)cor
    - c)quantidade
    - e)cheiro

## CIRCULAÇÃO

### Hipotensão

- Risco de Hipotensão
- 1-vigiar sinais de hipotensão
    - a)sudorese
    - b)pele fria
    - c)palidez cutânea

## TEMPERATURA CORPORAL

### Febre

- Risco de febre
- 1-gerir o ambiente físico
  - 2-executar técnica de arrefecimento periférico
  - 3-vigiar sinais de febre



- a)arrepio
- b)pele quente
- c)pele pálida e seca
- d)sudorese
- e)taquicardia
- f)polipneia

## **DIGESTÃO**

### Deglutição

Comprometida em grau muito elevado

1-planear a nutrição entérica ou parentérica

2-planear a dieta

3-vigiar a alimentação

a)refeição

b)quantidade

c)recusou a dieta

d)pausa alimentar

### Vômito

Risco de vômito

1-gerir o ambiente físico

2-vigiar o vômito

a)tipo

b)quantidade

c)frequência

## **VOLUME DE LÍQUIDOS**

### **Desidratação**

- Risco de desidratação
- 1-gerir a ingestão de líquidos
  - 2-planear a ingestão de líquidos
  - 3-dar água
  - 4-vigiar sinais de desidratação
    - a)baixo débito urinário
    - b)mucosas secas
    - c)pele seca
    - d)prega cutânea
    - e)urina concentrada

### **Edema**

- Da face, tórax e membros superiores
- 1-elevar partes do corpo edemaciadas
  - 2-aplicar frio
  - 3-gerir ingestão de líquidos
  - 4-vigiar edema
    - a)evolução do edema

## **ELIMINAÇÃO**

### **Obstipação**

- Risco de obstipação
- 1-planear a dieta
  - 2-planear a eliminação intestinal
  - 3-remover fecalomas
  - 4-remover fezes impactadas no recto
  - 5-vigiar a eliminação intestinal

- a) frequência
- b) quantidade
- c) consistência
- d) cor
- e) odor
- f) não evacuou

6-vigiar sinais de impactação

- a) distensão abdominal
- b) flatulência

### Retenção Urinária

- Risco de retenção urinária
- 1-estimular a eliminação urinária
  - 2-vigiar a eliminação urinária
    - a) alterações (disúria, hematúria..)
    - b) urina com sedimento
    - c) urina límpida
  - 3-vigiar sinais de retenção urinária
    - a) agitação
    - b) ausência de micção
    - c) distensão abdominal
    - d) dor na suprapúbica
    - e) globo vesical
    - f) micção espontânea

## **TEGUMENTOS**

### **Úlcera de Pressão**

Risco de úlcera de pressão 1-aliviar zona de pressão com almofada

2-aplicar colchão anti-ulceras de pressão

3-aplicar creme

4-monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de braden

5-vigiar sinais de risco de úlcera de pressão

a) desidratação

b) eritema branqueável

c) nível de consciência alterado

d) sem sinais de risco de úlcera

### **Ferida**

Queimaduras de 1º e 2º graus na face, tórax e membros superiores

1-vigiar ferida

a) tipo de ferida (traumática ou cirúrgica)

b) dimensão

c) estado (maturação, epitelização, granulação)

d) necrose dos tecidos

e) ferida sem evolução

2-vigiar penso da ferida

a) limpo e seco

b) repassado

3-ensinar sobre a ferida

## **RESTAURAÇÃO**

### Sono

- Alterado
- 1-planear sono
  - 2-gerir ambiente físico
  - 3-vigiar sono a) duração (curta, longa, insónia)

## **ATIVIDADE MOTORA**

### Agitação

- Risco de agitação
- 1-gerir ambiente físico
  - 2-manter repouso
  - 3-aplicar grades na cama
  - 4-aplicar imobilização
  - 5-optimizar a imobilização
  - 6-vigiar acção do utente
    - a)agitado
    - b)agressivo
    - c)tentativa de fuga
    - d)calmo
    - e)calmo
    - f)queda

## **SENSAÇÃO**

### Dor

- Dor nas áreas queimadas
- 1-gerir o ambiente físico

2-vigiar a dor

a) agitação

b) duração

c) fácies de dor

d) tipo de dor (intermitente, moimha, pontada)

3-aliviar a dor

## **SISTEMA IMUNITÁRIO**

### **Infecção**

Risco de infecção 1-aplicar técnica asséptica em todos os procedimentos de abordagem ao utente

2-vigiar sinais de infecção das feridas e locais de inserção de cateteres

## **MEMÓRIA**

### **Confusão**

Risco de confusão 1-gerir a comunicação

2-estimular a memória

3-gerir o ambiente físico

4-vigiar a confusão

a) orientação do utente em relação a si próprio

b) orientação em relação ao tempo e ao espaço

## **EMOÇÃO**

### **Ansiedade**

- Risco de ansiedade
- 1-apoiar a pessoa
  - 2-gerir o ambiente físico
  - 3-promover a escuta activa
  - 4-ensinar sobre a ansiedade

### **Tristeza**

- Tristeza presente
- 1-encorajar interacção social
  - 2-escutar a pessoa

## **AÇÃO AUTO INICIADA**

### **Autocuidado Higiene**

- Dependente em grau elevado
- 1-dar banho na cama
  - 2-aplicar fralda

### **Autocuidado Vestuário**

- Dependente em grau elevado
- 1-vestir e despir o utente
  - 2-treinar o auto-cuidado

### **Alimentar-se**

- Dependente em grau elevado
- 1-alimentar a pessoa
  - 2-gerir o ambiente físico durante a refeição
  - 3-vigiar a alimentação
  - 4-treinar o alimentar-se

### Autocuidado Beber

- Dependente em grau elevado
- 1-planear ingestão de líquidos
  - 2-providenciar equipamento adaptativo para beber
  - 3-ensinar sobre o uso do equipamento adaptativo
  - 4-treinar o auto-cuidado
  - 5-dar água

### Autocuidado Uso Sanitário

- Dependente em grau elevado
- 1-providenciar urinol

### Posicionar-se

- Dependente em grau elevado
- 1-assistir a pessoa no posicionamento
  - 2-providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se

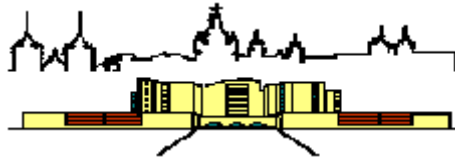
### Queda

- Risco de queda
- 1-aplicar imobilização
  - 2-optimizar imobilização
  - 3-aplicar grades na cama
  - 4-vigiar acção do utente
- a)agitado
  - b)agressivo
  - c)calmo
  - d)queda



## **APÊNDICE 2**

### **(Proposta de Procedimentos de Enfermagem na Sala de Emergência)**



**Hospital de São Teotónio - Viseu**

# **PROPOSTA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA**



**Aluna da Especialidade:** Sónia Pais

**Enfermeiro Especialista:** Paulo Silva

**Viseu, Fevereiro 2010**



**Hospital de São Teotónio - Viseu**

# **PROPOSTA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA**

**Enfermeiro Especialista:** Paulo Silva

**Aluna da Especialidade:** Sónia Pais

Proposta elaborada no âmbito

Do estágio na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica,  
No serviço de Urgência do Hospital São Teotónio de Viseu

Incluído no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização

Em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Viseu, Fevereiro 201**

<b>INDICE GERAL</b>	<b>Pág</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2 - TRAUMA/ DOENÇA MÉDICA/CATÁSTROFE .....</b>	<b>4</b>
<b>3 - A NOSSA SALA DE EMERGÊNCIA.....</b>	<b>5</b>
<b>4 - REORGANIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA SALA DE EMERGÊNCIA.....</b>	<b>6</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>8</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>9</b>
ANEXO 1 – Relatório da visita aos serviços de urgência dos Hospitais de Santa Maria e Garcia da Orta .....	10
ANEXO 2 - Check-lists diárias.....	11
ANEXO 3 – Texto trauma para o alert.....	12
ANEXO 4 – Poster .....	13
ANEXO 5 – Check-list Catástrofe.....	14
ANEXO 6 – Relatório da apresentação da proposta.....	15

## **1 – INTRODUÇÃO**

A enfermagem é partilhar, encorajar e viver com os outros aquilo a que nos propomos.

“O conhecimento é a base de qualquer disciplina” (TNCC, p.8)

Os procedimentos, quando padronizados, visam à qualidade, economia, organização e segurança do utente e da equipa, fundamentadas em evidência científica, sem oportunidade para o “achismo”.

É no seguimento destas ideias que definimos os seguintes objectivos para este trabalho:

- Optimizar os cuidados ao doente admitido na sala de emergência
- Promover a segurança na prestação dos cuidados
- Uniformizar os procedimentos de Enfermagem na sala de emergência
- Promover um trabalho de equipa em que todos os elementos utilizam uma abordagem sistémica e standardizada nos cuidados ao doente lesado, na sala de emergência
- Definir os posicionamentos e focos de atenção dos enfermeiros na abordagem ao doente vítima de trauma, doença médica e catástrofe, na sala de emergência
- Reunir com o grupo de trabalho responsável pela Sala de Emergência, Enfermeiro-Chefe, Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros Chefes de Equipas e dois Assistentes Operacionais para apresentar a proposta e debater ideias

## **2 - TRAUMA/ EMERGÊNCIA MÉDICA/CATÁSTROFE**

O trauma, a doença médica súbita e a Catástrofe são as situações mais importantes para tratamento na sala de emergência, daí a necessária formação em suporte avançado de vida e em trauma.

“O Trauma é a maior ameaça imediata e muitas vezes a longo prazo para a saúde dos indivíduos” (TNCC, p.8).

A emergência médica inclui a Paragem Cardiovascular, Acidente Vascular Cerebral (Via Verde), Edema Agudo do Pulmão, Enfarte Agudo do Miocárdio, Taquiarritmia, Dispneia grave, Hemorragia Gastrointestinal, Hipotermia... Recursos máximos para um único doente.

As Catástrofes são acontecimentos raros, inevitáveis e imprevisíveis, que a sociedade não deve abstrair-se. A ênfase está na planificação e como objectivo – O salvar vidas Humanas. Recursos mínimos para um número máximo de doentes. Numa situação de catástrofe, a colectividade tem prioridade face ao indivíduo.

### **3 – A NOSSA SALA DE EMERGÊNCIA**

A nossa sala de emergência tem 4 unidades preparadas para receber e cuidar de 4 doentes críticos e outra unidade pronta para ser preparada, com a capacidade final de resposta para 5 utentes simultaneamente.

A nossa realidade em 2009, após consultado o livro de registos da sala, foi de 2125 utentes admitidos na sala de emergência, sendo:

- 204 utentes de trauma (9,6%)
- 1921 utentes com doença emergente (90,4%)

Estão incluídos no trauma os utentes com o diagnóstico de feridas

perfurantes e por arma de fogo, politraumatizados, TCE, lesão toraco-abdominal e vítimas de quedas e de acidentes de viação

#### **4 - REORGANIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA SALA DE EMERGÊNCIA**

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

Para a elaboração desta proposta, fomos visitar outros serviços de urgência na tentativa de colher informação (anexo 1) mas sem sucesso.

O bom trabalho na sala de emergência resulta do cumprimento de alguns princípios importantes:

- ✍ A sala de emergência deve estar sempre preparada para o início de uma ressuscitação
- ✍ Todo o material de emergência deve estar bem visível, rotulado e de fácil acesso
- ✍ A sala de emergência deve estar aquecida a 24-26°
- ✍ O check-list deve ser feito diariamente – material+medicação (anexo 2)
- ✍ O número de pessoas na sala de emergência deve estar restrito às necessárias
- ✍ Toda a equipa de atendimento deve usar meios de protecção pessoal que inclui bata, luvas, protecção de calçado, barrete e óculos
- ✍ O trabalho é feito em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum
- ✍ A actuação de cada um deve ser precisa e objectiva
- ✍ Em trauma, o tempo é precioso, sendo importante olhar para o relógio

Diariamente, está escalado, um Enfermeiro para a Sala de Emergência (em presença física) e um Enfermeiro (da pequena cirurgia) quando activado. A dificuldade de inter ajuda reside na falta de formação e/ou de experiência profissional de alguns elementos. Daí a proposta de alteração da distribuição dos elementos a colaborar na sala e a transmissão de responsabilidades durante a sua ausência.

Assim, surge uma proposta, por nós elaborada para procedimentos de enfermagem na sala e quem deve prestar esses cuidados.

Uma alteração importante seria a introdução de um segundo elemento na triagem que prestaria auxílio na reanimação e pequena cirurgia, essencialmente em situações de trauma.



Os registos de enfermagem no sistema alert devem ser elaborados pelo enfermeiro que presta cuidados ao doente desde a admissão e sempre após a estabilização do doente, incluindo a avaliação inicial e secundária, segundo um esquema baseado no TNCC (anexo 3).

A activação de um segundo ou terceiro enfermeiro dependerá do tipo de doente admitido na sala de emergência (anexo 4).

Em contexto de Catástrofe, propomos uma check-list de material a repor na sala de emergência após a activação do PHEE (Plano Hospitalar de Emergência Externo). Esta lista estará disponível na pasta da SE e deverá o enfermeiro da sala pedir ao assistente operacional de apoio à mesma para o fazer (anexo 5)

## **BIBLIOGRAFIA**

- ✚ Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma Nursing Core Course*. 8ª edição, ENA. USA.
- ✚ Ministério da Saúde - Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência (1999). *Plano de Emergência Hospitalar*. 1ª edição. INEM. Lisboa.

## ANEXOS

## ANEXO 1

## **Relatório da visita aos Serviços de Urgência dos Hospitais de Santa Maria e Garcia da Orta**

No dia 28 de Dezembro de 2009, eu, Sónia Almeida Pais, enquanto aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica em estágio no serviço de urgência geral do Hospital São Teotónio de Viseu, em conjunto com os Enfermeiros Especialistas Paulo Silva e Anabela Antunes, a exercerem funções no referido serviço, fomos visitar dois serviços de urgência dos hospitais da cidade de Lisboa.

Estas visitas foram idealizadas num contexto de elaboração de uma proposta de procedimentos de enfermagem na sala de emergência.

A primeira visita foi ao serviço de urgência do Hospital de Santa Maria que, sendo um hospital central de referência, atende, em média 800 utentes/dia. Estruturalmente, os cuidados médicos e de enfermagem estão organizados por prioridades, tal como a nossa realidade, embora dificultados pela arquitectura antiga do edifício. Têm 3 unidades de atendimento ao doente crítico distribuídas por 2 salas – 1 unidade numa sala e outras 2 numa outra sala. O enfermeiro-chefe reconhece que estas 3 unidades são claramente insuficientes para a média de utentes que atendem e para as transferências que lhe são solicitadas, em comparação com as nossas 4 unidades na sala de emergência. Ao contrario do nosso objectivo para a sala de emergência (de estabilização do doente crítico e, logo que possível, encaminha-lo para uma outra unidade específica para a sua patologia), em Santa Maria os doentes podem permanecer dias nas unidades por falta de vagas... Não têm um protocolo de procedimentos de enfermagem (o principal objectivo da nossa visita), mas realço desta visita a distribuição do pessoal de enfermagem que não reduz nos turnos da noite e a permanência de 2 enfermeiros na triagem, respeitando a privacidade dos utentes.

A visita seguinte foi ao serviço de urgência do Hospital Garcia da Orta, cuja realidade assemelha-se à nossa em Viseu, com uma media de atendimento de 400 utentes/dia. Aqui encontramos uma sala de reanimação com capacidade para atendimento a 3 utentes em situação de emergência mas com um espaço físico claramente insuficiente e com défices de equipamento para monitorização e ventilação. No entanto estas falhas são colmatadas pela excelente organização e distribuição dos recursos humanos e com as infra-estruturas melhoradas num dos pisos de atendimento. São sempre 2 elementos na triagem e após o atendimento da situação urgente/emergente os utentes são encaminhados para uma das várias unidades de monitorização e vigilância, adequadamente equipadas e num ambiente

extremamente acolhedor e harmonioso. Embora também, aqui, não tenham um protocolo de procedimentos de enfermagem em sala de emergência, é de realçar um projecto que a equipe de enfermagem iniciou no ano de 2009 no serviço intitulado de “Humanização do atendimento”. Segundo a Enfermeira que nos apresentou o serviço e responsável de turno, este projecto tem como objectivos a informação horária aos familiares sobre o estado clínico os utentes presentes no serviço, dentro do qual não é permitida a entrada de acompanhantes. Esta informação é fornecida por enfermeiros escalados para o efeito, o que permite uma melhor aceitação pela restrição dos acompanhantes. A entrada de uma visita é sempre acompanhada pelo enfermeiro.

## ANEXO 2

## ANEXO 3



## **Trauma**

### Avaliação Primária

A – Via Aérea Permeável com/sem colar cervical após remoção de dentes/aspiração de vômito/sangue/secreções/colocação de tubo de guedel

B – Respiração espontânea, superficial/profunda; expansão e relaxamento do tórax simétrica/assimétrica; FR=      ciclos/min; usa/não usa músculos acessórios; pele e mucosas coradas/pálidas/cianosadas; parede torácica íntegra/com lesões.

Após a auscultação bilateral no 2º espaço intercostal linha médio-clavicular e no 5º espaço intercostal na linha axilar anterior – sons simétricos e claros/ausentes/diminuídos

Entubado com TOT nº      e confirmada a colocação do tubo pela expansão torácica simétrica quando ventilado com o insuflador manual, ausência de sons de gorgolejo sobre o epigastro, auscultação dos sons respiratórios bilateralmente e simetricamente. Cuff insuflado e tubo fixado. Conectado ao ventilador.

Colocado O<sub>2</sub> por MAC a 15L/mn.

C – Hemodinamicamente estável/instável com pulso= presente/ausente, regular/irregular, normal/fraco/forte e lento/rápido, pele pálida/corada, fria/morna, húmida/seca; tem/sem hemorragia externa activa; TA= mmHg.

Controlo da hemorragia. Sinais de boa perfusão tecidual.

Puncionar veia de grande calibre com colheita de sangue para H+B+C+Grupo e administrado cristalóide isotónico aquecido a um ritmo rápido/lento.

D – Consciente, orientado/desorientado, colaborante/não colaborante.

ECG= . Pupilas isocóricas/anisocóricas e isoreactivas/anisoreactivas

E – Removida toda a roupa do doente e valores e feito espólio. Observam-se escoriações...feridas...assimetrias... Prevenção da hipotermia com cobertores e aquecedor de leito.

Avaliação Secundária

F – Monitorização Electrocardiográfica com TA= ,FR= , FC= , Tcentral= , SpO2= .

Algaliado, após exclusão de lesão da uretra, com sonda folley nº16 com saída de cc urina clara/concentrada, límpida/com sangue. Colocada SNG nº18, após exclusão de # da face, com saída de conteúdo alimentar/sangue.

Providenciado RX, ecografias, ECG...

G – Gestão e controlo da dor com ...

H – História

I – Inspeção das superfícies posteriores, mantendo a protecção cervical e estabilizando as extremidades com suspeitas de lesão

## ANEXO 4

## ANEXO 5

## CHECK-LIST PARA A CATASTROFE

(a sua activação é da responsabilidade do enfermeiro da SE)

(a sua reposição é da responsabilidade do Assistente Operacional)

1-	Kit Dreno Torácico.....	4
2-	Reservatório para Dreno Torácico.....	4
3-	Sistemas de Soros.....	20
4-	Sistemas de soros para bombas infusoras.....	20
5-	Prolongadores.....	20
6-	Torneiras.....	20
7-	Sistemas de soros para aquecedor de soros.....	4
8-	Cateteres centrais.....	4
9-	Seringas infusoras.....	10
10-	Catereres 18 e 16.....	1 cx
11-	Seringas 5, 10, 20 e 100.....	1 cx
12-	Seringas de gasimetria.....	20
13-	SNG 18 e 20.....	10
14-	SNG dupla via 18 e 20.....	10
15-	Adesivo grande e pequeno.....	1 cx
16-	Paracetamol 1gr EV.....	20

## ANEXO 6

**Relatório da apresentação da proposta de procedimentos de enfermagem na sala de emergência no dia 05/02/2010 às 18H na sala do DEP do Hospital São Teotónio de Viseu**

Depois de reunidos os Enfermeiros chefes-de-equipas, Enfermeiros Especialistas, Equipa responsável pela organização da sala de emergência e outros enfermeiros e 2 assistentes operacionais em exercício profissional no serviço de urgência geral, deu-se início ao debate da proposta apresentada.

Aproveitando a presença dos vários elementos, foi também apresentado o plano de emergência interno com algumas alterações, nomeadamente as activações para as áreas comuns dentro do edifício do hospital. Ficou determinado que quando é feita a activação para as áreas comuns o enfermeiro e o médico destacados para o efeito vão em auxílio do utente, devendo um assistente operacional ir ao encontro destes com uma maca e uma bala de O2. Não foi unânime a localização da maca permanentemente em lugar estratégico para o efeito nem a responsabilização de um assistente operacional por turno para o transporte da maca. Ficou igualmente unânime a decisão do transporte do utente em questão para o serviço de urgência para a adequação inscrição e consequente tratamento. A activação da Emergência Interna é apenas para dentro do edifício hospitalar, sendo que as situações que ocorram nas áreas externas ao edifício, embora dentro do espaço hospitalar, são da responsabilidade do INEM.

Foram apresentados os diagnósticos mais frequentes para a activação da Emergência Interna e foi explicado qual e o porquê do conteúdo da mala de Emergência Interna para as áreas comuns, que não deve ser adulterado.

Foi discutida a possibilidade de uma activação para uma criança, no entanto o saco só está preparado para a ajuda ao adulto.

A comunicação actual entre a equipa a activar para a Emergência Interna foi unanimemente descrita como desadequada. Estão em mesa alterações nesta área que serão apresentadas na próxima reunião (intercomunicadores ou telemóvel). Foi reforçada a importância do encontro da equipa no administrativo.

Seguiu-se a apresentação da proposta de procedimentos de Enfermagem na Sala de Emergência baseada no poster a colocar na sala. O poster foi discutido ponto por ponto e feitas as devidas alterações.

O primeiro ponto de discussão foi sobre o 2º elemento a prestar apoio na sala de emergência. Estavam TODOS de acordo sobre a necessidade de um 2º elemento de Enfermagem na sala de Triagem para constituir o tal 2º elemento na sala de emergência. É frequentemente necessário esse apoio na sala de emergência que tem sido prestado pelo elemento da pequena cirurgia, com conseqüente aumento do tempo de espera dos utentes nesta sala. Enquanto não for aprovado este 2º elemento para a triagem foi debatido sobre quem seria o 2º elemento. Aqui as opiniões não foram tão unânimes. Entre o elemento dos verdes e da sala aberta, o elemento da sala da aberta reuniu mais consenso.

Na discussão sobre o 3º elemento foi unânime a decisão de que deve ser o Enfermeiro Responsável de turno.

O terceiro ponto foi sobre a necessidade da preparação/formação/responsabilização do assistente operacional que está de apoio à sala de emergência.

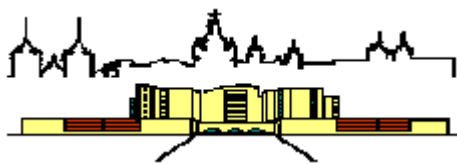
Na abordagem da catástrofe surge o 4º ponto de discussão – o enfermeiro responsável da sala de emergência deve ou não ausentar-se da sala para fazer o transporte intra-hospitalar? Foi unânime a opinião de que nunca deve sair, no entanto, em caso de catástrofe, os enfermeiros responsáveis pelo seu utente devem fazer o acompanhamento, à excepção do responsável pela sala.

No 4º ponto foi exposta a check-list para a catástrofe que foi aprovada por todos os elementos da reunião, embora com as algumas alterações a propor na próxima reunião. Também as check-lists já existentes para a sala deverão ser modificadas.

Dá-se por terminado o Debate com benefícios evidentes na troca de opiniões, dificuldades e propostas de alterações.



**APÊNDICE 3**  
**(Privacidade no Serviço de Urgência - um**  
**Direito Comprometido)**



**Hospital de São Teotónio - Viseu**

# **PRIVACIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

## **UM DIREITO COMPROMETIDO**



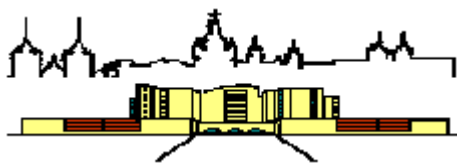
**Alunos da Especialidade:**

Irene Barreiros

Paulo Adelino

Sónia Pais

**Viseu, Fevereiro 2010**



**Hospital de São Teotónio - Viseu**

# **PRIVACIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

## **UM DIREITO COMPROMETIDO**

**Alunos da Especialidade:**

Irene Barreiros

Paulo Adelino

Sónia Pais

Trabalho elaborado no âmbito

Do estágio na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica,  
No serviço de Urgência do Hospital São Teotónio de Viseu  
Incluído no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização  
Em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Viseu, Fevereiro 2010**

<b>INDICE GERAL</b>	<b>Pág</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2 - SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.....</b>	<b>5</b>
<b>3 - DIREITOS DOS UTENTES DO SNS.....</b>	<b>6</b>
<b>4 - PRIVACIDADE.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 - A Privacidade e a Enfermagem.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2 - Privacidade comprometida no Serviço de Urgência de Viseu...</b>	<b>13</b>
<b>5 - HOSPITAL GARCIA DA ORTA.....</b>	<b>15</b>
<b>6 - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ.....</b>	<b>17</b>
<b>7 - PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.</b>	<b>18</b>
<b>8 - CONCLUSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>9 - BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>21</b>

## **1 – INTRODUÇÃO**

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, cabe ao cidadão um papel fundamental na promoção da saúde e no desenvolvimento do sistema de saúde que o serve. São necessárias formas diferentes de pensar e actuar na saúde em Portugal, considerando o cidadão como a razão de ser de todo o sistema de Saúde.

Está, pois, lançado o desafio para que, no processo de desenvolvimento da saúde em Portugal, a voz e a participação do cidadão, em geral, e do utente do Serviço Nacional de Saúde, em particular, ocupem o lugar que merecem: o de parceiro privilegiado nas mudanças que visam melhorar os serviços de saúde. De um papel muitas vezes passivo ou de simples utilizador de cuidados, espera-se que o cidadão venha a desempenhar cada vez mais um papel activo e influente na melhoria das condições de saúde e da qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

A assistência aos utentes em emergência/urgência pode gerar reflexões que envolvem temas como critérios de acesso aos cuidados, preservação da privacidade e confidencialidade...

Este trabalho surgiu da observação de procedimentos de todos os técnicos em exercício profissional no serviço de urgência do Hospital São Teotónio de Viseu, durante o nosso estágio no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica, aliada ao projecto de alteração da estrutura física do serviço.

O hospital tem, em projecto, uma proposta de alteração das infra-estruturas do serviço com a ampliação da área útil de trabalho, com o objectivo principal de dar resposta ao maior número de utentes admitidos neste serviço e com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os direitos dos utentes são diariamente comprometidos, não por incumprimento dos deveres dos profissionais mas por um conjunto de condições sócio/culturais/financeiras.

Assim, surge este tema tão pertinente com o objectivo principal de contribuir para a organização do serviço antes, durante e após as obras, ou seja, colocar em debate o respeito dos direitos dos utentes no serviço, principalmente na área da privacidade, articulando a reestruturação do serviço com as experiências de outras realidades.

## **2 - SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

No nosso País, os serviços oficiais para prestação de cuidados de saúde à população encontram-se organizados num Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Neste contexto, o utente, mais informado sobre os serviços que tem à sua disposição, sobre as regras de utilização desses mesmos serviços e sobre os seus direitos e deveres pode participar de modo mais eficaz no esforço de melhoria que se pretende.

### **3 - DIREITOS DOS UTENTES DO SNS**

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto), os utentes têm direito a:

#### **1- O utente tem direito a ser tratado com cortesia e no respeito pela dignidade humana.**

É um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado e tratado com cortesia por todos os profissionais de Saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere quer aos aspectos técnicos, quer no que respeita ao acolhimento, orientação e encaminhamento dos utentes.

É também indispensável que o utente possa facilmente saber a identidade e a categoria profissional de todo o pessoal que participa na dispensa de Cuidados de Saúde, pelo que estes devem estar correctamente uniformizados e terem uma placa de identificação.

Este direito abrange ainda as condições das instalações e equipamentos que, dentro das limitações impostas pelos nossos escassos recursos, têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o utente se encontra.

#### **2- O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.**

Cada utente é uma pessoa com as suas convicções culturais, filosóficas e religiosas. As instituições e os prestadores de Cuidados de Saúde têm, assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação, sempre que elas não comportem risco grave para a vida.

Do mesmo modo, deve ser proporcionado o apoio espiritual e religioso requerido pelo utente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.

**3- O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.**

Os Serviços de Saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, em condições de equidade, por forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a promoção da sua Saúde e da sua família, a melhoria da condição do utente e seu tratamento, restabelecimento e reabilitação, assim como o acompanhamento digno e humano em situações terminais. Os recursos existentes devem ser integralmente postos ao serviço do utente e da comunidade, até ao limite das disponibilidades.

**4- O utente tem direito à prestação de cuidados continuados**

Em situação de doença, todos os cidadãos têm o direito de obter dos diversos níveis de prestação de cuidados (hospitais e centros de saúde) uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento. Para isso, hospitais e centros de saúde têm de coordenar-se, de forma a não haver quaisquer quebras na prestação de cuidados que possam ocasionar danos ao utente.

Quando numa Unidade Sanitária não houver condições para resolver o problema de saúde dum utente ele deve ser referido para a Unidade Sanitária de referência. Neste caso, o utente e seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a ser esclarecidos de que a continuidade das prestações de Saúde fica garantida. Também ao utente e à sua família devem ser proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o utente deve continuar a receber no seu domicílio. Quando necessário, deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários.

Os serviços prestadores dos diversos níveis de cuidados devem providenciar no sentido de o doente ser sempre acompanhado dos elementos de diagnóstico e terapêutica considerados importantes para a continuação do tratamento. Assim, evitam-se novos exames e tratamentos, penosos para o utente e dispendiosos para a comunidade.



**5- O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.**

Ao cidadão tem de ser fornecida informação acerca dos serviços de saúde locais, regionais e nacionais existentes, suas competências e níveis de cuidados, regras de organização e funcionamento, de modo a otimizar e a tornar mais cómoda a sua utilização.

Os serviços prestadores dos diversos níveis de cuidados devem providenciar no sentido de o doente ser sempre acompanhado dos elementos de diagnóstico e terapêutica considerados importantes para a continuação do tratamento. Assim, evitam-se novos exames e tratamentos, penosos para o doente e dispendiosos para a comunidade.

**6- O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de Saúde.**

A informação sobre o estado de Saúde deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do utente.

Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos.

O utente pode desejar não ser informado do seu estado de Saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.

A informação clínica e os elementos identificativos de um utente estão contidos no seu processo clínico e o utente tem o direito de tomar conhecimento dos dados registados no seu processo clínico. Ao facultar a um doente o seu processo clínico é necessário que isso não seja feito de modo que outros possam também aceder a essa informação.

A omissão de alguns dos dados do processo clínico é apenas justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o utente ou se contiverem informação sobre terceiras pessoas.

**7- O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde.**

Este direito, que se traduz na obtenção de parecer de um outro médico, permite ao doente complementar a informação sobre o seu estado de saúde, dando-lhe a possibilidade de decidir, de forma mais esclarecida, acerca do tratamento a prosseguir.

**8- O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensaio clínico.**

Dum modo geral pode dizer-se que o consentimento do utente é imprescindível para a realização de qualquer acto médico. Contudo, quando alguém vai procurar um acto médico ou uma prestação de Saúde de carácter preventivo numa Unidade Sanitária isso representa um consentimento tácito e as pessoas que vão às Unidades Sanitárias sabem disso, pelo que para actos médicos correntes ou Cuidados de Saúde de carácter preventivo, os profissionais de Saúde não necessitam de pedir o consentimento explícito. É frequente que um médico ou um outro profissional da carreira de Medicina mande despir um doente para o examinar e que seja obedecido sem problemas, pois o utente ao procurar os Cuidados de Saúde está automaticamente a dar o consentimento tácito. Porém, quando se trate dum acto médico invasivo ou que comporte riscos (intervenções cirúrgicas ou outros procedimentos que impliquem anestesia, paracenteses, cateterismos, transfusões de sangue, etc.) o profissional de Saúde deve explicar correctamente, numa linguagem compreensível para o doente, o acto médico a ser praticado, as suas vantagens e os eventuais riscos, mas igualmente os riscos que podem ocorrer se esse acto médico não for praticado.

O utente pode, exceptuando alguns casos particulares, decidir, de forma livre e esclarecida, se aceita ou recusa o acto médico ou a intervenção e isso deve ser registado por escrito, para o que as Unidades Sanitárias devem possuir formulários para registo de consentimento explícito para actos médicos especiais. O mesmo deve ser feito quando se tratar de incluir o utente em qualquer tipo de projecto de investigação ou ensaio clínico.

Pretende-se assim assegurar e estimular o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os utentes têm de decidir sobre si próprios.

O consentimento pode ser presumido em situações de emergência e, em caso de incapacidade, deve este direito ser exercido pelo representante legal do utente.

**9- 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 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.

**10- O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.**

A informação clínica e os elementos identificativos de um doente estão contidos no seu processo clínico.

O doente tem o direito de tomar conhecimento dos dados registados no seu processo, devendo essa informação ser fornecida de forma precisa e esclarecedora.

A omissão de alguns desses dados apenas é justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o doente ou se contiverem informação sobre terceiras pessoas.

**11- O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico**

A prestação de cuidados de saúde efectua-se no respeito rigoroso do direito do doente à privacidade, o que significa que qualquer acto de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de outros elementos.

A vida privada ou familiar do doente não pode ser objecto de intromissão, a não ser que se mostre necessária para o diagnóstico ou tratamento e o doente expresse o seu consentimento.

**12- O utente tem direito por si, ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.**

O utente, por si, por quem legitimamente o substitua ou por organizações representativas, pode avaliar a qualidade dos Cuidados de Saúde prestados e apresentar

sugestões ou reclamações. Para esse efeito, existem, nos Serviços de Saúde, o gabinete do utente e o livro ou caixa de sugestões e reclamações.

O utente terá sempre de receber resposta ou informação acerca do seguimento dado às suas sugestões e queixas, em tempo útil.

As principais Unidades Sanitárias estão ligadas a linhas telefónicas gratuitas

(linhas verdes) para onde o utente pode telefonar a apresentar as suas sugestões e reclamações.

Os utentes são fortemente encorajados a denunciarem cobranças ilícitas e outras formas de comportamentos incorrectos por parte de trabalhadores de Saúde.

## **4 - PRIVACIDADE**

O utente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto.

### **4.1 - A Privacidade e a Enfermagem**

Privacidade é a habilidade de uma pessoa em controlar a exposição e a disponibilidade de informações acerca de si. Relaciona-se com a capacidade de existir na sociedade de forma [anónima](http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Privacidade) ([www.pt.wikipedia.org/wiki/Privacidade](http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Privacidade))

A privacidade apresenta-se como um conceito relevante em todas as áreas da actividade humana, sendo consagrada um direito fundamental expresso em inúmeros documentos de índole jurídica. Não se esgotando em aspectos meramente descritivos, a invasão da privacidade implica a violação da individualidade, da liberdade e da dignidade da pessoa. Na área da saúde estas preocupações colocam-se com uma tónica acrescida, uma vez que a satisfação da necessidade de cuidados resulta sempre, em maior ou menor grau, numa invasão da privacidade da pessoa nas suas diferentes vertentes.

No preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) estão escritas algumas considerações que indiciam o direito à privacidade *“os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres”*.

No quadro legislativo da Saúde são estabelecidos direitos mais específicos, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968) cujos princípios orientadores servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. O ponto 9 refere que *“O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam”*.

O Código Deontológico do Enfermeiro (1998) em Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) faz referencia à *“a humanização dos cuidados”* (artigo 89º), sendo que o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assumindo o dever de:

- a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Humanizar pode ser interpretado como "tornar mais humano", no contexto dos actos profissionais que ligam as pessoas – ao caso, entre enfermeiro e cliente / família.

Atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda são expressões que se podem derivar da responsabilidade do enfermeiro "pela humanização dos cuidados".

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (9º Art) 2005 - Vida privada e confidencialidade defende a vida privada das pessoas em causa e a confidencialidade das informações que lhes dizem pessoalmente respeito.

#### **4.2 - Privacidade comprometida no Serviço de Urgência de Viseu**

A pessoa, na sua privacidade, nunca esteve tão ameaçada. Falando no caso da urgência em geral, a sua privacidade fica comprometida logo na marcação da consulta cuja identificação permite ao administrativo ter acesso à identificação do utente (morada, filiação, profissão, contactos...). Segue-se a triagem onde são atendidos dois utentes simultaneamente e em espaço aberto, o que permite que os dois utentes triados e os utentes em maca que aguardam a triagem ouçam o diálogo entre o enfermeiro e o utente.

Enquanto aguardam a consulta médica, os utentes em maca ficam como que “agrupados” numa sala aberta onde se torna impossível o acompanhamento dos utentes e a prestação de qualquer tipo de cuidados. Quando são necessários cuidados médicos e de enfermagem, os utentes deslocam-se aos gabinetes, num “rodopio” constante de macas. Neste processo de movimentação de macas perde-se o controlo da perfusão dos soros e da oxigenoterapia. Perde-se a tal humanização dos cuidados e o atendimento personalizado. Somam-se as deslocações dos utentes ao RX, ECG, ecografia, TAC... Torna-se difícil manter a privacidade dos utentes de forma adequada com determinadas condições de trabalho.

Depois vêm as passagens de turno (de dezenas de utentes) junto das macas onde estão alguns acompanhantes.

Unidades particulares como os serviços de urgência, caracterizados por uma elevada afluência de utentes, espaços despersonalizados, agitados, partilhados por uma multiplicidade de pessoas, desde utentes a profissionais, constatamos haver lacunas no respeito por este direito fundamental, que se retratam no incumprimento da legislação em vigor, no desrespeito pelos direitos dos utentes, na despreocupação com a deontologia

profissional e mesmo no próprio marasmo em que se encontram inseridas as instituições hospitalares e outras entidades com responsabilidades nesta matéria.

## **5 - HOSPITAL GARCIA DA ORTA**

Durante as semanas de estágio, um de nós teve a oportunidade de conhecer a realidade do Serviço de Urgência do Hospital Garcia da Orta, em Lisboa, de onde se podem retirar bons exemplos para a futura organização do serviço no Hospital de Viseu.

A realidade deste hospital assemelha-se ao dia-a-dia na Urgência Geral de Viseu, com uma média de atendimento de 400 utentes/dia. Da nossa visita realçamos três pontos: triagem, atendimento humanizado e cuidados personalizados.

O serviço do Hospital Garcia da Orta tem dois postos de triagem com dois enfermeiros diariamente escalados, em espaços fisicamente separados, proporcionando a privacidade e confidencialidade.

Em fase de reestruturação física, têm uma ala do serviço com algumas dezenas de “boxes” individualizadas, totalmente equipadas com material mobiliário e electrónico e estrategicamente agrupadas por especialidades. Consequentemente, os utentes, após avaliação do seu estado clínico, são direccionados para uma destas áreas onde lhes são prestados todos os cuidados médicos e de enfermagem, sem o usual percurso do utente pelos diferentes profissionais. O utente é sempre cuidado na sua “boxe” proporcionando o tal atendimento humanizado e cuidados personalizados.

Como resposta à Lei nº33/2009 de 14 de Julho que reconhece o direito ao acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Sistema Nacional de Saúde, a equipa de enfermagem do serviço do Garcia da Orta criou no ano de 2009 um projecto intitulado de “Humanização do atendimento”. Segundo a Enfermeira que nos apresentou o serviço e responsável de turno, este projecto tem como objectivos a informação horária aos familiares sobre o estado clínico os utentes presentes no serviço, dentro do qual não é permitida a entrada de acompanhantes. Esta informação é fornecida por enfermeiros escalados para o efeito, o que permite uma melhor aceitação pela restrição dos acompanhantes. A entrada de uma visita é sempre acompanhada pelo enfermeiro.



## **6 - HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ**

O Hospital de Santo André, em Leiria, iniciou obras de remodelação do Serviço de Urgência. Citando o administrador do hospital as obras visam “novas dinâmicas funcionais” e darão “maiores condições de conforto e de privacidade aos doentes” sendo que o objectivo principal é “humanizar as condições do doente” aliadas aos reforços humanos e materiais.

Em conferência de imprensa a 11 de Março de 2009, foram expostos os objectivos finais das obras, dos quais destacamos: adequação das dinâmicas funcionais, requalificação das condições de conforto, criação de condições de trabalho excepcionais e reorganização dos protocolos de internamento, com a criação de 6 áreas diferentes de atendimento ao utente – área verde, área amarela, área laranja, área vermelha, área de ortotrauma e área de infecto-contagiosas. Cada área terá uma sala de espera para os acompanhantes.

Parece-nos um projecto igualmente aliciante, com os mesmos objectivos do Hospital Garcia da Orta, embora com organização física diferente. Daí propormos uma visita após a conclusão das obras, com inauguração agendada para Junho de 2010.

## **7 - PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

Neste capítulo elaboramos uma proposta de alteração de procedimentos de enfermagem no sentido de salvaguardar e garantir os direitos dos utentes, respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro (1998).

Procuramos neste trabalho traçar algumas sugestões de alteração para um maior respeito pelo direito à privacidade na prática dos cuidados de saúde em particular nos serviços de urgência. Contudo, estamos conscientes que a concretização de grande parte das sugestões apresentadas, não depende directa e exclusivamente dos profissionais de saúde, mas de entidades como as escolas, as faculdades, as administrações das instituições hospitalares, as Comissões de Ética para a Saúde, a Entidade Reguladora da Saúde, as Ordens profissionais, o Ministério da Saúde. No entanto, parece-nos pertinente prosseguir a reflexão sobre esta questão bioética.

Estando a organização na base de qualquer proposta identificamos os seguintes pontos, com o objectivo final da PRIVACIDADE do utente:

- Criação de 2 espaços para a triagem fisicamente separados e isolados da restante área da urgência
- Criação de uma área de ortotrauma para a primeira abordagem ao doente com trauma
- Criação das várias boxes individualizadas para os utentes e agrupadas por especialidades
- Separar os utentes por áreas de gravidade
- Evitar a aglomeração de utentes e acompanhantes no mesmo espaço físico
- Promover o acompanhamento responsável do utente
- Incentivar o acompanhante a participar nos cuidados ao doente.
- Desenvolver um trabalho de partilha de opinião com a Comissão de ética hospitalar sobre a protecção dos dados informáticos
- Evitar a permanência de crianças no Serviço de Urgência Geral
- Incentivar a assistência a crianças no Serviço de Urgência Pediátrica, seja qual for o motivo da vinda ao Serviço de Urgência

## **8 - CONCLUSÃO**

No âmbito do desenvolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde tem sido motivo de reflexão as questões relacionadas com a qualidade da assistência em algumas dimensões, partes integrantes e integradoras dos vários processos dessa assistência, das quais se destaca a forma como os utentes e seus familiares ou conviventes significativos são atendidos em meio hospitalar.

É pertinente pensar-se que para a qualidade de cuidados de saúde concorrem um conjunto significativo e multifactorial de variáveis que importa estabelecer como vertentes e objectos de atenção privilegiada dos próprios utilizadores e também dos prestadores.

O serviço de urgência pode ser particularmente desumanizante para os seus próprios profissionais, e conseqüentemente para o doente e família, uma vez que os primeiros se vêm constantemente confrontados com grande intensidade de trabalho físico e emocional, com a morte ou a súbita doença grave, com a gestão de muitos e variados recursos e conflitos. Acrescenta-se ainda que as relações interpessoais com qualidade no serviço de urgência, tornam-se muitas vezes desgastantes para o enfermeiro.

Consideramos e parece-nos consensual afirmar que o atendimento é um processo importante e único em cada hospital e em cada situação específica. Este implica uma relação tão próxima quanto possível, do utente, para determinar a causa que leva a recorrer à unidade hospitalar e as condições em que se encontra. A forma de abordagem ao doente, familiar ou convivente significativo, pode marcar decisivamente todo o processo terapêutico. Pretende-se pois que seja um processo sistemático e dinâmico implementado em protocolo que possa servir a aproximação humana em qualquer situação, favorecendo a comunicação e promovendo a adesão aos cuidados em matéria de saúde que são necessários desenvolver.

## **9 - BIBLIOGRAFIA**

- ✚ Declaração Universal dos Direitos Humanos, ONU, 10 de Dezembro de 1948;
  
- ✚ Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos, UNESCO, 19 de Outubro de 2005;
  
- ✚ Decreto-Lei 104/98, (Código Deontológico do Enfermeiro), publicado na Série I do Diário da Republica em 21 de Abril de 1998
  
- ✚ Decreto-Lei 48 357, (Estatuto Hospitalar), publicado na Série I do Diário da Republica em 27 de Abril de 1968;
  
- ✚ Lei n.º 48/90 (Lei de Bases da Saúde), publicada na Série I do Diário da Republica em 24 de Agosto de 1990;
  
- ✚ Lei 33/2009, publicada na Série I do Diário da Republica em 14 de Julho de 2009;
  
- ✚ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Privacidade>, Enciclopédia Livre, Wikipédia