

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro à Pessoa
Submetida a Cirurgia de Revascularização Cardíaca**

Tânia Sofia Fernandes Esteves

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro à Pessoa
Submetida a Cirurgia de Revascularização Cardíaca**

Tânia Sofia Fernandes Esteves

Orientador: Professor João Veiga

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

“ Tudo aquilo que vivemos no dia-a-dia contribui para enriquecer as nossas qualidades. No entanto este enriquecimento não é automático. Ele requer esforço de reflexão e que a pessoa se documente. A experiência só por si não gera conhecimento (...) Ela contribui para a aquisição de competências, mas para enriquecer os conhecimentos da pessoa, a nossa experiência deve ser reflectida, discutida e conceptualizada.”

Hesbeen, (2001)

LISTA DE SIGLAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BO - Bloco Operatório

CEC - Circulação Extracorporal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa Situação Crítica

CRC - Cirurgia de Revascularização Cardíaca

DGS - Direção Geral de Saúde

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ESC - *European Society of Cardiology*

ELSO-*Extracorporeal Life Support Organization*

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MTS - *Manchester Triage System*

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PSC -Pessoa em Situação Crítica

SO - Sala de Observação

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCI- CCT - Unidade Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica

RESUMO

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade e morbidade nos países industrializados, destacando-se a doença coronária como sendo a de maior incidência e responsável por milhões de mortes em todo o mundo (OCDE, 2015; OMS 2011). Contudo, tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade destas doenças, fenómeno atribuído à melhoria das condições organizativas (redes de emergência pré-hospitalar e encaminhamento atempado para centros especializados) e ao progresso exponencial no tratamento cirúrgico da doença isquémica cardíaca através da CRC (ESC 2009; Buxton & Galvin, 2013).

Com o intuito de adquirir competências na área de especialização em enfermagem à PSC submetida a CRC, foi delineado um projeto cuja operacionalização consistiu num estágio em SU e UCI. Este relatório reflete o percurso efetuado durante o estágio, explanando as atividades mais relevantes e os resultados obtidos, bem como as principais competências especializadas desenvolvidas. O quadro referencial de enfermagem que serviu de suporte à realização deste relatório foi a Teoria das Transições (Meleis et al, 2000), segundo a qual uma cirurgia (como a CRC) pode desencadear na pessoa um processo de transição, que implicará mudanças significativas na sua vida, cabendo ao enfermeiro realizar intervenções terapêuticas contribuindo para uma transição saudável (Meleis et al, 2000).

Analisando os resultados obtidos, conclui-se que os objetivos propostos foram alcançados permitindo o desenvolvimento de competências como: Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica; Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC; Abordar questões complexas de modo sistemático e reflexivo; Gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional. Após a aquisição destas competências importa mobilizá-las, não só através da prestação de cuidados, mas também através da dinamização dos restantes membros da equipa multidisciplinar e atuando como profissional de referência nesta área.

Palavras- Chave: Cirurgia Cardíaca, *Bypass* das artérias coronárias, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the major cause of mortality and morbidity in industrialized countries, highlighting coronary heart disease as the one with the highest incidence being responsible for millions of deaths worldwide (OECD, 2015; WHO 2011). However there has been a progressive decrease in mortality rates of these diseases, a phenomenon attributed to the improvement of organizational conditions (pre-hospital care emergency networks and timely referral to specialized centers) and to the exponential progress in the surgical treatment of ischemic heart disease by Coronary Artery Bypass Graft(CABG) (ESC 2009 ; Buxton & Galvin, 2013).

In order to acquire skills in the area of expertise in providing nursing care to the critical ill patient submitted to CABG, it was designed a project whose operation consisted of an internship in an Emergency Department and in an Intensive Care Unit. This report reflects the journey made during the internship and explains the most relevant activities and results as well as the main developed expertise. The referential framework who supports this report was the Theory of Transitions (Meleis et al, 2000), according to which a surgery (such as CABG) can trigger a transition process that will entail significant changes in a person's life, leading nurses to perform therapeutic interventions contributing to a healthy transition (Meleis et al, 2000).

Analyzing the results, it is concluded that the proposed objectives were achieved allowing the development of skills such as: Taking care of persons who experience complex processes of critical illness, Maximizing intervention in the prevention and infection control; Addressing complex issues in a systematic and reflective way; Manage nursing care, optimizing the response of the nursing team in the multi-professional team. After the acquisition of these skills, it is important to mobilize them, not only by providing care but also through the acting role as a professional reference in this field.

Keywords: Cardiac Surgery; Coronary Artery Bypass Graft; Nursing Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. Cirurgia de Revascularização Cardíaca	19
1.2. A Cirurgia de Revascularização Cardíaca como um Processo de Transição.....	24
2.PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	29
2.1. Serviço de Urgência	30
2.1.1. Caracterização do Serviço.....	30
2.1.2. Atividades Desenvolvidas	32
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica.....	37
2.2.1. Caracterização do Serviço.....	38
2.2.2. Atividades Desenvolvidas	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS.....	
ANEXO I- Certificicado de Presença 3º Encontro Enfermagem em Emergência	
ANEXO II- Certificado -" Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE 2"	
APÊNDICES.....	
APÊNDICE I- Atividades executadas em SU	
APÊNDICE II- Atividades executadas em UCI-CCT	
APÊNDICE III- Esquema de análise do processo de transição do cliente JB.....	

APÊNDICE IV- Norma "Cuidados de Enfermagem no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca"

APÊNDICE V- Sessão de formação: "Cuidados de Enfermagem à Pessoa Submetida a Cirurgia de Revascularização Cardíaca"

APÊNDICE VI- Guia Orientador: "Pessoa submetida a Cirurgia de Revascularização Cardíaca"

INTRODUÇÃO

Atualmente, no mundo industrializado as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade e morbidade, tendo sido responsáveis por um terço de todas as mortes que ocorreram em 2013 nos países da OCDE (OCDE, 2015). De entre este grupo de patologias destaca-se a doença coronária como sendo a de maior incidência, estimando-se que em 2008 cerca de 7,1 milhões de pessoas terão morrido (em todo o planeta) devido a este flagelo (OMS, 2011). Na tentativa de reduzir este impacto negativo nas populações, as quatro últimas décadas foram testemunhas de um enorme esforço e progresso no tratamento da doença isquémica cardíaca. O constante avanço tecnológico permitiu o desenvolvimento de duas formas de intervenção distintas: a revascularização por intervenção coronária percutânea e a revascularização por cirurgia cardíaca¹. A Cirurgia de Revascularização Cardíaca (CRC) é, ainda, o procedimento cirúrgico mais realizado pelos centros de cirurgia cardíaca em todo o mundo industrializado, apesar do decréscimo provocado pela intervenção cardiológica percutânea (Buxton & Galvin, 2013). O permanente desenvolvimento tecnológico da cirurgia cardíaca implica um constante aperfeiçoamento e atualização dos profissionais que só é possível através de formação especializada.

Durante o percurso profissional, surgiu a oportunidade de desempenhar funções numa UCI Coronários, na qual foi possível acompanhar situações de clientes com enfarte agudo do miocárdio, cujo tratamento só é possível através de CRC. Após esta intervenção, na maioria das vezes, regressam à unidade onde se encontravam previamente, necessitando de cuidados específicos (ventilação invasiva, monitorização/manutenção cardíaca, balanço hídrico, equilíbrio hidroeletrólítico, monitorização/vigilância de drenos torácicos/pleurais, ferida cirúrgica, monitorização/controlo da dor). O facto de desempenhar funções, há nove anos, numa UCI Coronários tem contribuído para o desenvolvimento de competências específicas nesta área que permite uma autoavaliação, segundo Benner (2001),

¹Ao longo deste relatório apenas será abordada a CRC em detrimento da intervenção percutânea.

como proficiente² neste domínio, no entanto, perante a pessoa submetida a CRC apenas se considera no nível de iniciada avançada, pois a interação com estes clientes é recente e muito esporádica. Embora o contato com estes clientes seja apenas fortuito, compreende-se que este procedimento cirúrgico provoque alterações nos seus hábitos de vida, necessitando que estes se adaptem à nova realidade da forma mais saudável possível. À luz da Teoria das Transições de Meleis (Meleis, et al 2000), podemos considerar que a CRC desencadeia na pessoa um novo processo de transição saúde/doença, tendo por consequência, não apenas a necessidade de conviver com uma nova doença, mas também com a incorporação de um regime terapêutico, mais ou menos complexo e com maior ou menor implicação na gestão de papéis e emoções. De acordo com Meleis (2007), a forma como a pessoa vivencia esta transição é o cerne da enfermagem, sendo fundamental que o enfermeiro compreenda as características das transições, seus fatores influenciadores e os padrões de resposta da pessoa. No final da transição, a pessoa deverá ter adquirido/ integrado competências e conhecimentos que lhe permitam lidar de forma saudável com a sua nova realidade (Meleis, 2007).

Refletindo sobre a parca experiência profissional no cuidado à pessoa submetida a CRC e família, identificam-se lacunas³ pessoais na abordagem a estes clientes (e ao processo de transição subjacente), lacunas, essas também partilhadas pelos restantes elementos da equipa. Assim, além da motivação pessoal, a necessidade de desenvolver e adquirir competências especializadas, que permitam aumentar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a CRC, impulsionou a criação de um projeto pessoal que pudesse dar resposta a esta carência.

²Segundo Benner (2001) o processo de desenvolvimento de competências compreende 5 níveis: Iniciada (enfermeiro sem experiência prática, com conhecimentos adquiridos através de pesquisa e relatos de outros), Iniciada Avançada (guia a sua prática por regras e normas; dificuldade em compreender o cliente de forma global), Competente (perante uma situação ou problema consegue planejar as intervenções, estabelecendo prioridades), Proficiente (perceciona as situações de forma global conseguindo-se adaptar às especificidades e evolução do problema) e Perita (com base na experiência acumulada desenvolve um método intuitivo de resolução de problemas).

³Deteção precoce de complicações (associadas ao procedimento cirúrgico); Intervenções específicas relativas ao funcionamento e manuseamento de drenagens torácicas, fios de *pace-maker* externos e suturas operatórias; Ensinos relativos a cuidados pós-operatórios e para alta hospitalar; Avaliação e controlo da dor.

Um projeto é fundamentalmente um plano de trabalho que se organiza para resolver/estudar um problema, tendo por base a motivação/preocupação dos intervenientes (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A sua concretização pressupõe metodologias ativas e inovadoras de formação, que acarretam a necessidade de reflexão crítica e de revisão das práticas profissionais, desenvolvendo processos críticos de ensino-aprendizagem, criando nos estudantes um sentido de autonomia, criatividade e responsabilidade, aproximando, tanto quanto possível, a formação do contexto profissional. Desta forma, no âmbito do 5º CMEPSC, foi delineado um projeto pessoal de desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa submetida a CRC, tendo como referência os Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos, assim como as competências definidas pelo regulamento de mestrado (ESEL, 2010), pelo plano de estudos do CMEPSC (ESEL 2014) e pela OE (2010a, 2010b). Para uma melhor compreensão e articulação entre a teoria e a prática, este trajeto foi elaborado tendo por base a metodologia de projeto, que compreende cinco fases: Diagnóstico da Situação, Planificação (das atividades e recursos a mobilizar), Execução, Avaliação e Divulgação (Ruivo et al, 2010). As duas primeiras etapas culminaram na elaboração de um documento que serviu de estrutura organizativa para o estágio (fase de Execução), pretendendo-se com este relatório dar resposta às etapas de Avaliação e Divulgação.

Este documento encontra-se estruturado em dois capítulos. No primeiro, referente ao enquadramento teórico, será exposta uma breve fundamentação do tema, realçando os conceitos mais relevantes, assim como uma abordagem à Teoria das Transições de Meleis. No segundo capítulo, será abordado o processo de aquisição de competências, nomeadamente uma breve descrição dos contextos onde decorreu o estágio, quais os objetivos delineados, atividades realizadas e impacto que estas tiveram no desenvolvimento de competências especializadas. Por fim, em modo de conclusão, será apresentada uma reflexão global do percurso realizado emergindo as competências de enfermagem especializadas desenvolvidas durante o mesmo, suas implicações, dificuldades sentidas e sugestões futuras de trabalho.

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório consistiu na análise das atividades realizadas durante o estágio, na pesquisa bibliográfica em base de dados MEDLINE, CINHALL e SCIELO, na biblioteca da ESEL, bem como na pesquisa livre.

Os termos de pesquisa utilizados foram: "Cirurgia Cardíaca"; "*Bypass* das artérias coronárias"; "Cirurgia de Revascularização Cardíaca"; "Cuidados de enfermagem"; "Pré-operatório"; "Pós-operatório"; "Teoria das Transições"; "Meleis"; "Competências de Enfermagem"⁴.

⁴Pesquisa realizada com termos em inglês e português.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A primeira etapa da metodologia de projeto tem por objetivo a consecução de um mapa cognitivo sobre a problemática identificada, ou seja, a elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende intervir (Ruivo et al, 2010). Tendo em conta tal premissa, será realizado um enquadramento teórico acerca da CRC, abordando a sua elevada incidência, as suas implicações para a pessoa submetida a este procedimento, assim como os cuidados de enfermagem especializados inerentes a este processo de transição.

De forma a analisar, do ponto de vista da enfermagem, o fenómeno da pessoa submetida a CRC é necessário recorrer a uma teoria que sustente a planificação dos cuidados de enfermagem. É através das teorias de enfermagem que se confere significado aos fenómenos, pela sua descrição, explicação e antevisão, para que assim se possa traçar um planeamento de cuidados de enfermagem, englobando as necessidades da pessoa e da família (Tomey & Alligood, 2004). Assim, para orientar este percurso de desenvolvimento de competências, elegeu-se a Teoria das Transições de Meleis (Meleis et al., 2000). Esta opção deveu-se ao facto da mesma ter um grande foco na forma como um evento crítico (neste caso a CRC) poderá levar a mudanças na vida do cliente a médio e a longo prazo. Por conseguinte, considera-se que o recurso a esta teoria permitirá uma melhor compreensão das implicações que a CRC tem na vida da pessoa e das atividades terapêuticas de enfermagem que devem ser instituídas, de forma a facilitar a adaptação da pessoa à sua nova realidade.

1.1. Cirurgia de Revascularização Cardíaca

Desde a primeira metade do século XX, a doença cardiovascular é a principal causa de morte na maior parte do mundo industrializado (Rocha & Libby, 2005). Atualmente, em pleno século XXI, de acordo com a DGS (2013), as doenças cardiovasculares constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal. Nas duas últimas décadas tem ocorrido uma progressiva

diminuição das taxas de mortalidade destas doenças, fenómeno atribuído a estratégias preventivas, disponibilização de novos fármacos, técnicas inovadoras e, sobretudo, a uma substancial melhoria das condições organizativas, nomeadamente uma precoce resposta da emergência pré-hospitalar, permitindo um correto e atempado encaminhamento (reforço operacional dos meios) para os locais onde os melhores tratamentos, mais adequados, podem ser administrados (ESC, 2009).

Das doenças cardiovasculares, emerge a doença isquémica do coração como uma das que apresenta maior taxa de mortalidade e morbilidade (DGS, 2013). Esta patologia, habitualmente, encontra-se associada a doença coronária, sendo a sua manifestação clínica mais importante o enfarte agudo do miocárdio (DGS, 2013). Um dos pilares no tratamento da doença coronária, há quase meio século, é a CRC (ESC, 2009). Esta intervenção é adequada quando os benefícios esperados, em termos de sobrevida ou melhoria no estado de saúde, excedem as consequências negativas esperadas e inerentes ao procedimento. A estratificação do risco⁵ deve ser utilizada como guia orientador, bem como a avaliação clínica, o diálogo multidisciplinar e por último, mas não menos importante, a informação atempada dos clientes acerca dos potenciais benefícios e riscos, a curto e longo prazo, de um procedimento de revascularização (ESC, 2009). Após a estratificação do risco e avaliação clínica, poderá estar indicada a CRC, sendo as principais indicações para a realização deste tipo de intervenção: aliviar os sintomas de angina de peito, aumentar a função ventricular esquerda e melhorar o fluxo sanguíneo coronário prevenindo a isquemia e o enfarte do miocárdio (Monahan et al, 2010).

A cirurgia de *bypass* coronário é o procedimento cirúrgico cardíaco mais comum, sendo que o seu número tende a aumentar devido à elevada incidência de pessoas com doenças cardiovasculares (Hatchett & Thompson, 2006). A forma mais tradicional da CRC consiste numa abordagem através de esternotomia mediana e implica cardioplegia por frio, em que a atividade cardíaca é interrompida, e a circulação extracorporeal (CEC) é iniciada por uma máquina de *bypass* cardiopulmonar (Monahan et al, 2010). Avanços mais recentes a nível da cirurgia

⁵A estratificação de risco é obtida através de escalas pré-existentes que devem ser utilizadas como guias orientadores, (tendo por premissa que nenhuma escala de risco pode prever com precisão os eventos num cliente). A avaliação do risco é um aspeto importante na prática clínica, permite controlo de qualidade e avaliação da economia da saúde (ESC, 2009)

cardiotorácica levam ao desenvolvimento do *bypass* das artérias coronárias direto e menos invasivo, para clientes apenas com obstrução de uma artéria coronária. Esta técnica consiste numa pequena incisão no bordo esternal esquerdo do tórax anterior e não necessita de cardioplegia ou CEC. Atualmente, também estão a ser efetuados múltiplos *bypass* por esternotomia mediana, mas sem utilizar cardioplegia nem *bypass* cardiopulmonar, este procedimento tem reduzido a incidência de complicações pós-cirúrgicas (Monahan et al, 2010). A aplicação de enxertos-*bypass*- promovem derivações aos vasos coronários de médio lúmen, a jusante da (s) lesão (ões) "crítica" (s), providenciando fontes extra de fluxo sanguíneo com nutrientes para o miocárdio e oferecendo proteção contra as consequências de novas lesões proximais obstrutivas (Wijns et al, 2011). A concretização da aplicação de enxertos é efetuada através da utilização de uma seção da veia ou artéria para desviar uma obstrução no vaso sanguíneo coronário nativo. Efetua-se através de uma longa porção de veia da safena, ou de uma porção da veia cefálica do antebraço. A artéria mais frequentemente utilizada para *bypass* é a artéria mamária interna (direita ou esquerda) (Monahan et al, 2010).

Os clientes submetidos a *bypass* das artérias coronárias apresentam uma hospitalização média de 4 a 6 dias, sendo que nas primeiras 12 a 24h pós-cirurgia necessitam de internamento numa UCI - Unidade Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica (UCI-CCT), exigindo a presença contínua de uma equipa multidisciplinar⁶ (Monahan et al, 2010; Hatchett & Thompson 2006). Esta equipa centra-se, essencialmente, na estabilização do cliente, na promoção da função cardíaca e na prevenção de possíveis complicações, bem como no planeamento precoce de alta hospitalar (Lira, Araújo, Sousa, Frazão, & Medeiros 2012).

Integrados nesta equipa, os enfermeiros permanecem durante todo o período de internamento hospitalar junto ao cliente, prestando assistência ininterrupta, o que permite realizar observação direta, bem como identificar as respostas humanas e traçar os diagnósticos de enfermagem, para construir o plano de cuidados a ser implementado de forma individualizada e personalizada (Duarte, Stipp, Mesquita & Silva, 2012). A fim de uma prestação de cuidados diferenciados, o enfermeiro

⁶Constituída por enfermeiro, anestesista, cirurgião, assistente operacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e dietista.

precisa de adquirir e/ou desenvolver competências em diversos domínios como ventilação mecânica invasiva, monitorização hemodinâmica, controlo da dor, prevenção de infeções e comunicação eficaz (Duarte, et al, 2012; Vegni, et al 2008; Santos, Laus & Camelo, 2015).

No pós-operatório imediato, o cliente necessita de suporte ventilatório invasivo requerendo que o enfermeiro se encontre familiarizado com este procedimento e todos os seus cuidados inerentes, entre os quais: monitorização e vigilância dos parâmetros ventilatórios; avaliação do padrão respiratório; vigilância de saturação periférica de oxigénio; assegurar o correto posicionamento do tubo endotraqueal (Lira et al, 2012). Todas estas intervenções contribuem para um processo de desmame e extubação precoce (Pivoto, Filho, Almeida & Silveira, 2010).

Esta intervenção cirúrgica provoca alterações no equilíbrio hemodinâmico e eletrolítico do cliente, implicando, por parte do enfermeiro, vigilância de sinais vitais (pressão arterial; frequência cardíaca; frequência respiratória, temperatura), pressão venosa central, monitorização eletrocardiográfica⁷, débito urinário, balanço hídrico e valores analíticos de forma a detetar precocemente eventuais complicações (Lira et al, 2012). Na manutenção do equilíbrio hemodinâmico, o enfermeiro deve estar desperto para a vigilância de eventuais hemorragias. Deste modo, tem de monitorizar e vigiar a sutura operatória e os drenos torácicos (verificar permeabilidade e funcionamento, vigiar características do líquido drenado e local de inserção) (Pivoto et al, 2010).

A dor é uma das complicações associadas à sutura operatória, às drenagens torácicas e à ventilação mecânica invasiva. Este sinal vital deve ser avaliado e monitorizado regular e sistematicamente, uma vez que interfere com os padrões de sono, repouso e manutenção de conforto (Santos et al, 2015). O enfermeiro deve utilizar escalas validadas de forma a medir adequadamente a dor e escolher qual o tratamento⁸ mais adequado (Santos et al, 2015). A manutenção de um ambiente

⁷A fibrilhação auricular e o flutter auricular são as complicações mais comuns na pessoa submetida a CRC (Campagnucci, Silva, Pereira, Chamlian, Gandra & Rivetti, 2008).

⁸Recorrendo a terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas (manutenção do conforto) (Duarte et al, 2012).

iluminado (promovendo a diminuição da luminosidade durante o período noturno) e silencioso, o adequado posicionamento do cliente no leito, a aplicação de frio ou calor e a administração de medicamentos analgésicos são algumas das intervenções recomendadas para o controlo da dor no pós-operatório da cirurgia cardíaca (Duarte et al, 2012).

A infeção é outra das complicações passível de ocorrer no pós-operatório, encontrando-se normalmente associada aos procedimentos invasivos (procedimento cirúrgico, entubação endotraqueal, colocação de cateteres) e ao contexto hospitalar (Lira et al, 2012). Ao enfermeiro compete adotar comportamentos como lavagem das mãos, uso de medidas de proteção universal, assegurar assepsia durante a realização de procedimentos invasivos e despistar precocemente sinais de infeção (sinais inflamatórios nos locais dos dispositivos, temperatura). À equipa de enfermagem compete, também, colaborar na elaboração de normas e protocolos que contribuam para a prevenção destas infeções (protocolo de prevenção da pneumonia associada à ventilação; protocolos que estabeleçam intervalos de substituição de dispositivos e/ou troca de pensos) (OE, 2010b).

Com o decorrer das primeiras horas de pós-operatório, o cliente recupera progressivamente o estado de consciência ficando muitas vezes ansioso (Duarte et al, 2012; Santos et al 2015). Nestas situações a ansiedade poderá ter várias etiologias, como dor, desorientação espaço-temporal, desconhecimento (face aos equipamentos que o rodeiam e à sua situação clínica) e à dificuldade em comunicar (associado ao tubo oro traqueal), (Pivoto et al, 2010). A comunicação verbal deverá ser uma das principais prioridades dos cuidados de enfermagem, uma vez que será este o instrumento que permitirá estabelecer um relacionamento com o cliente (Santos et al 2015). Cabe ao enfermeiro adotar estratégias facilitadoras da comunicação como: adequar a linguagem ao nível de conhecimento e perceção do cliente, orientar quanto ao tempo e espaço e procedimentos a serem realizados, estimular a comunicação através da mimica labial e/ou gestual (podendo recorrer a pranchas de comunicação se necessário) (Santos et al, 2015).

Ao acordar num ambiente desconhecido, assustador e afastado da sua família e daqueles que conhece o cliente vai estar fragilizado, sentindo-se diminuído e por vezes com medo (Duarte et al, 2012). Na UCI, os clientes sentem-se vulneráveis e

desprotegidos, sendo que a vulnerabilidade diminuirá se a pessoa alvo dos cuidados for mantida informada, receba cuidados de acordo com as suas necessidades individuais e, sempre que possível, tenha a presença dos seus familiares (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell. & Hudson, 2002).

A CRC é um procedimento invasivo de grande envergadura com impacto significativo na pessoa e família. No pós-operatório imediato, o cliente encontra-se sob ventilação mecânica invasiva, necessitando de uma rigorosa monitorização hemodinâmica de forma a promover a sua recuperação e a deteção precoce de eventuais complicações. Esta complexidade de cuidados requer um conjunto de conhecimentos e competências especializadas de enfermagem,⁹ cujo desenvolvimento requer um acumular de experiência clínica com estes clientes e a frequência de formação pós-graduada especializada.

1.2. A Cirurgia de Revascularização Cardíaca como um Processo de Transição

A evolução da Enfermagem como ciência levou à criação de um corpo específico de conhecimentos o que só foi possível com a elaboração de teorias próprias (Oliveira, Paula & Freitas, 2007). Segundo a OE (2010a), o enfermeiro deve basear a sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, sendo fundamental o recurso a quadros conceptuais que orientem os cuidados prestados. De entre as diversas teorias de enfermagem, considerou-se pertinente a utilização da Teoria das Transições (Meleis et al, 2000)¹⁰ para melhor compreender a forma como a pessoa vivencia o processo de CRC e, conseqüentemente, procurar delinear as intervenções terapêuticas de enfermagem mais adequadas.

De acordo com Zagonel (1999), o conceito transição provém da teoria de crise, essencialmente um distúrbio de equilíbrio, uma perturbação de um estado estável,

⁹Em áreas como ventilação mecânica invasiva, monitorização hemodinâmica, controlo da dor, prevenção da infeção e comunicação eficaz.

¹⁰ Sendo uma teoria de médio alcance permite um foco direccionado para um determinado fenómeno (neste caso a pessoa submetida a CRC) e a prática dos respetivos cuidados de enfermagem (Meleis et al, 2000).

exigindo, por parte do indivíduo, novos padrões de comportamento (estratégias de *coping*¹¹). Exemplo de situações que podem provocar instabilidade, desencadeando um processo de transição, são as experiências relacionadas com a doença como diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, reabilitação ou recuperação (Meleis et al, 2000). Assim, pode-se inferir que a CRC desencadeará um processo de transição no cliente cabendo ao enfermeiro contribuir para uma transição saudável. O enfermeiro é o profissional de saúde que dispõe de mais tempo junto das pessoas que vivenciam transições, sendo este processo central para a enfermagem (Meleis & Schumacher, 1994). A equipa de enfermagem deverá contribuir para que as transições sejam realizadas de uma forma saudável, mobilizando a própria pessoa durante o processo (Meleis & Trangenstein, 1994). As terapêuticas de enfermagem devem-se focar na prevenção de transições mal sucedidas, na promoção da sensação de bem-estar e em estratégias para ajudarem as pessoas a lidarem com as transições (Meleis & Trangenstein, 1994).

A Teoria das Transições (Meleis et al, 2000) é construída na assunção que as transições compreendem três dimensões essenciais que se relacionam entre si:

- **Natureza da transição** - Relaciona-se com a tipologia (desenvolvimento, situacional, saúde/doença ou organizacional), o padrão (única ou múltiplas; sequenciais, simultâneas ou não relacionadas) e as suas propriedades (conciencialização, envolvimento, mudança e diferença, duração e eventos críticos);
- **Condições das transições** - Fatores pessoais (Crenças culturais, significado, atitudes, conhecimento e preparação) e externos (da comunidade e sociedade) que podem facilitar ou dificultar o processo de transição;
- **Padrões de resposta** - O modo como a pessoa vivencia o processo de transição e que podem ser avaliados através de indicadores de processo (sentir-se ligado, interação, estar situado, sentimento de confiança e *coping*) e indicadores de resultado (Mestria e Identidade Flexível e Integrada).

¹¹Conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou causadoras de *stress* (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Partindo da análise destas dimensões, segundo Tomey & Alligood (2004), podemos inferir que esta teoria tem como principais pressupostos:

- As transições são complexas e multidimensionais;
- As transições caracterizam-se pela sua fluidez e movimento ao longo do tempo;
- As transições causam mudanças nas personalidades, papéis, relações e padrões de comportamento;
- As transições envolvem um processo de movimento e mudanças nos padrões de vida das pessoas;
- As transições provocam (e são consequência de) mudanças, mas nem todas as mudanças implicam um processo de transição;
- A vida das pessoas, o ambiente em que se inserem e as interações que realizam são modeladas pelas transições vivenciadas;
- A vulnerabilidade está relacionada com transições vivenciadas, interações e condições ambientais que expõem as pessoas a um dano potencial e dificultam/impossibilitam a recuperação;
- Os enfermeiros são os principais cuidadores das pessoas que vivenciam processos de transição;
- As transições (desenvolvimento, saúde/doença e organizacionais) são centrais para a enfermagem.

Como já referido, segundo Meleis et al (2000), um procedimento cirúrgico (e respectivo internamento hospitalar) irá desencadear um processo de transição. Este é um processo que ocorre no tempo e que implica mudanças no modo como a pessoa percebe o seu mundo interno e externo, sendo frequentemente associado a sentimentos de perda e alienação, novas relações e necessidade de desenvolver novas estratégias de *coping* (Meleis et al, 2000).

A pessoa percebe a cirurgia cardíaca como "uma situação transformadora do corpo, que certamente desencadeará mudanças e transições, gerando novas percepções sobre a vida futura" (Souza, 2004, p.2). Analisando a CRC é possível inferir que esta intervenção cirúrgica implica uma transição saúde/doença. A

situação específica da pessoa, pertencente a um contexto familiar, afeta todo o núcleo, que vive um processo de transição situacional,¹² podendo existir alterações de papéis familiares. Estes dois processos de transição encontram-se relacionados entre si, uma vez que a transição situacional vivenciada pela família surge como consequência da transição saúde/doença da pessoa intervencionada, podendo ser então consideradas transições múltiplas sequenciais.

Como anteriormente referido, uma das dimensões das transições são as condições que influenciam a forma como o cliente vivencia este processo. Segundo Shih et al (1998), as crenças, conhecimentos e ideias pré-concebidas sobre a cirurgia cardíaca causam preocupações aos clientes, gerando ansiedade e influenciando negativamente o processo de transição. Estas preocupações relacionam-se com o processo de recuperação, experiência do internamento (perda de autonomia, imobilização no leito), com a dor, com internamento na UCI e com o medo da morte (Shih et al, 1998). O enfermeiro deve perceber quais são estas preocupações, intervindo de forma a contribuir para a sua resolução, tendo em conta as estratégias de *coping* mais ajustadas ao cliente. Para lidar com estas preocupações, os clientes submetidos a CRC recorrem a mecanismos internos¹³, a recursos metafísicos e ao apoio de outras pessoas (familiares, profissionais de saúde, outros profissionais) (Shih et al, 1998). É assim determinante que o enfermeiro tome iniciativa e demonstre estar disponível e acessível. Desde o período pré-operatório, o enfermeiro deve procurar fornecer informações/orientações à pessoa procurando dotá-la de conhecimentos que facilitem o processo de transição. As orientações pré-operatórias contribuem para uma maior tranquilidade e otimismo, assim como também diminuem a necessidade de analgesia no pós-operatório (Pritchard, 2011; Santos, Henckmeier & Benedet, 2011). No pós-operatório imediato, é essencial o estabelecimento de uma comunicação eficaz¹⁴ para que a pessoa possa exprimir as suas necessidades (alívio de dor, sede, calor, frio, vontade de ver a família, entre

¹²Transição desencadeada por uma situação específica como mudança de local de trabalho, imigração ou doença de familiar ou pessoa significativa (Meleis et al, 2000).

¹³Não pensar na CRC, evitar pensamentos negativistas, ser otimista, melhorar condição física antes da cirurgia (realizar exercício físico).

¹⁴Encontra-se dificultada pela pessoa submetida a CRC se encontrar entubada oro traquealmente e sob medicação analgésica e sedativa que altera o seu estado de consciência.

outros) e para que o enfermeiro consiga transmitir informações sobre o ambiente circundante e os cuidados que a pessoa necessita.

Perante a CRC, o cliente e sua família vivenciam um processo de transição saúde/doença que acarreta um conjunto de sentimentos e sensações como ansiedade, medo e incerteza. As condições pessoais (ideias pré-concebidas, conhecimentos prévios, crenças, estratégia de *coping*) e externas (presença de profissionais de saúde, família, apoios da comunidade) influenciam a forma como a pessoa experimenta esta transição, podendo ser facilitadoras ou inibidoras. Cabe ao enfermeiro identificar e intervir nestas condições, de forma a contribuir para o desenvolvimento de estratégias de *coping* que facilitem a consecução de indicadores de resposta positivos: Mestria e Identidade Flexível e Integrada (Shih et al, 1998; Meleis, 2007). Uma transição saudável é determinada pela forma como os indivíduos demonstram Mestria nas competências e comportamentos necessários para a sua adaptação a uma nova realidade (Meleis et al, 2000). A incorporação destas competências implica uma personalidade dinâmica capaz de melhor gerir as novas exigências, contribuindo para a construção de uma nova personalidade integrada e mais flexível (Meleis et al, 2000).

Quando confrontada com a necessidade de realização CRC a pessoa pode começar a procurar compreender as implicações que esta terá na sua vida no imediato, a médio e longo prazo, desencadeando o processo de transição. Desde este primeiro momento, é importante que o enfermeiro que acompanha a pessoa detenha competências e conhecimentos especializados¹⁵, de forma a melhor potenciar fatores facilitadores (pessoais, familiares) e a melhor atenuar fatores inibidores (falta de conhecimentos, medo da morte e/ou de incapacidades, ansiedades face ao futuro). Esta cirurgia terá implicações para o resto da vida da pessoa levando a mudanças de hábitos, rotinas e estilos de vida¹⁶ sendo fundamental que estas alterações comecem a ser delineadas com o apoio/supervisão da equipa de enfermagem o mais precocemente possível.

¹⁵Em áreas como ventilação mecânica invasiva, monitorização hemodinâmica, controlo da dor, prevenção da infeção e comunicação eficaz.

¹⁶Relacionados com cumprimento de regime terapêutico, alimentação, atividade física, eventuais constrangimentos profissionais, inibição de consumo de bebidas alcoólicas e inibição de fumar.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este percurso foi delineado tendo por base a metodologia de projeto, através da qual é possível adquirir e desenvolver competências pessoais e profissionais com o objetivo máximo de estudar um problema (Ruivo et al, 2010). A fase de planeamento deste projeto decorreu durante a Unidade Curricular - Ensino Clínico I e culminou na elaboração de um documento (Projeto de Estágio) onde foi previamente eleita a problemática, demonstrada a sua pertinência, traçados objetivos, delineadas atividades com vista à sua consecução e definidos os recursos a mobilizar. Assim, selecionou-se a temática da pessoa submetida a CRC (e quais os cuidados de enfermagem especializados inerentes) e gizou-se um trajeto que levasse ao desenvolvimento de competências especializadas nesta área.

Um processo de planificação não é possível sem uma imagem prévia dos objetivos, mesmo que estes não sejam definitivos (Barbier, 1996). Os objetivos indicam os resultados que se pretendem alcançar, podendo ser diferenciados em gerais e em específicos. Os objetivos gerais devem ser elaborados ponderando as competências¹⁷ amplas e complexas a alcançar, indicando o que o formando deverá ter adquirido no final do projeto (Mão de Ferro, 1999). Assim definiu-se como objetivo geral deste percurso:

- Desenvolver competências, no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente na prestação de cuidados à pessoa submetida a Cirurgia de Revascularização Cardíaca.

Para atingir este objetivo foram planificados estágios que decorreram durante um período de 17 semanas em contexto de SU e de UCI¹⁸. Foi nesta etapa que o planeado foi colocado em prática. Mobilizaram-se recursos e executaram-se atividades com vista ao desenvolvimento de competências. No entanto, de acordo com Benner (2001) no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, a

¹⁷Competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do Enfermeiro na Área de Especialização em Enfermagem em PSC.

¹⁸Conforme previamente definido pelo Plano de Estudos do CMEPSC da ESEL.

experiência não se refere apenas à passagem do tempo, mas também à vivência e reflexão sobre as situações reais, ou seja, mais do que as atividades desenvolvidas importa uma reflexão e análise crítica das mesmas. Assim, neste capítulo pretende-se refletir criticamente sobre as principais atividades realizadas, de forma a contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas.

2.1. Serviço de Urgência

O SU é um serviço com um elevado grau de complexidade, devido à sua estrutura, funcionalidade e organização. Os SU são "multidisciplinares e multiprofissionais e têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas" (Ministério da Saúde 2002, p.1865).

A enfermagem de urgência pode ser considerada como a prestação de cuidados a pessoas com alterações de saúde (físicas e/ou psíquicas) percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de intervenções rápidas, eficientes e sustentadas. Ao SU recorre um elevado número de clientes com uma infinidade de queixas e sintomas. Cabe ao enfermeiro uma adaptação constante a novas situações, capacidade de trabalhar sobre pressão e o domínio de conhecimentos/competências científicas atualizadas (Howard & Steinmann, 2011).

2.1.1. Caracterização do Serviço

Os SU Médico-Cirúrgica são o segundo nível de acolhimento das situações de Urgências/Emergências integrados na Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, encontrando-se articulados com um de nível superior (SU Polivalente), com os do mesmo nível da sua área e com os de nível inferior (Urgência Básica) (Despacho n.º 10319/2014). O estágio em SU decorreu durante 6 semanas num SU Médico-Cirúrgica na área da grande Lisboa. Este SU abrange uma população de cerca de 180 000 pessoas, registando uma média de 200-220

episódios de urgência por dia (ARSLVT, 2015). Conforme recomendação da DGS (2015), à admissão os clientes são observados no posto de triagem por um enfermeiro que, através do Protocolo de Triagem de Manchester¹⁹, atribui uma prioridade de atendimento. Consoante a gravidade da queixa é atribuída uma cor e o cliente é encaminhado para um posto do SU.

O cliente que entra na sala de reanimação²⁰ é observado pelo médico e enfermeiro (atribuídos/responsáveis por este posto) que o estabilizam e posteriormente o transferem para *balcão*²¹ ou SO. Quando admitido em *balcão*, o cliente é observado pelo médico, que poderá prescrever terapêutica ou a realização de exames complementares de diagnóstico. Após estas intervenções é feita uma reavaliação médica que pode decidir: permanência em *balcão* (até nova reavaliação), internamento (SO ou internamento de medicina/cirurgia) ou alta hospitalar. O SO é a área onde permanecem os clientes que necessitam de uma vigilância mais rigorosa ou que se encontrem a aguardar vaga para outro serviço de internamento do hospital. Para a urgência ambulatoria são encaminhados os clientes triados como pouco ou não urgentes. São sujeitos a observação médica que poderá prescrever medicação e/ou exames complementares de diagnóstico, dar alta hospitalar ou encaminhar para *balcão*. As diversas áreas do SU interagem de forma fluída e dinâmica. Apesar de estarem definidos os circuitos mais habituais de um cliente no SU, existem vários circuitos alternativos de acordo com a evolução do estado de saúde. Por exemplo, um cliente com prioridade laranja, admitido em *balcão*, pode agravar o seu estado e ser transferido para a sala de reanimação.

Analisando a estrutura deste SU verifica-se que este se encontra organizado de forma a dar resposta ao preconizado pelo Ministério da Saúde (nomeadamente no Despacho n.º 10319/2014) e pela DGS. Particularmente no que concerne à:

¹⁹Sistema de triagem de prioridades que utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada pessoa que recorre ao SU, tendo por base a aplicação de fluxogramas específicos (previamente definidos e protocolados) consoante a queixa da pessoa (grupo Português de Triagem, 2016).

²⁰O SU Médico-Cirúrgico deverá dispor de uma sala de emergência com apoio de equipa multidisciplinar com formação adequada (Despacho n.º 10319/2014).

²¹*Balcão* é o espaço deste SU que compreende uma sala de tratamentos (para administração de terapêutica e outros procedimentos) e uma divisão reservada aos clientes triados com a cor laranja ou amarela que se encontram a aguardar observação médica, realização de exames complementares de diagnóstico, administração terapêutica ou outras intervenções (colocação sonda gástrica, realização de enema de limpeza, por exemplo).

- Atribuição de prioridades através do Protocolo de Triagem de Manchester;
- Existência de diversas áreas assistenciais (Sala de Reanimação e SO) que permitam a vigilância sistemática e organizada das pessoas que recorrem ao SU;
- Presença das valências médicas e serviços obrigatórios definidos no Despacho n.º 10319/2014²².

2.1.2. Atividades Desenvolvidas

Este estágio em contexto de SU pretendeu contribuir para a consecução do objetivo geral anteriormente referido. De acordo com Mão de Ferro (1999), os objetivos gerais devem ser divididos em específicos, que serão reveladores dos conhecimentos e competências concretas/primárias a adquirir. Deste modo, foram definidos os seguintes objetivos específicos para este local de estágio:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e família, no SU;
- Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e à sua família, no SU.

Para cada objetivo específico, foram traçadas atividades que permitissem a sua consecução (Apêndice I). De entre estas, destacam-se:

- Conhecimento da estrutura física e organização da equipa multidisciplinar que presta cuidados à PSC;
- Reflexão sobre a dinâmica deste serviço, nomeadamente o estabelecimento de prioridades - MTS;
- Colaboração na prestação de cuidados à PSC;
- Elaboração de Jornal de Aprendizagem sobre MTS;
- Participação no 3º Encontro de Enfermagem de Emergência;
- Frequência do Curso Complementar "Processo de Enfermagem Informatizado - CIPE 2".

²²Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório (em permanência), Imagiologia (incluindo radiologia convencional, ecografia simples, TAC durante 24h), Patologia Clínica.

Devido ao fato de não deter experiência profissional no SU, toda a sua dinâmica era desconhecida e suscitava muita curiosidade. Nos primeiros turnos procurou-se conhecer as diferentes áreas deste SU²³, a sua dinâmica, a sua articulação e quais os principais circuitos dos clientes. Em conjunto com a enfermeira orientadora foi realizado um reconhecimento dos diversos espaços físicos do departamento. Posteriormente, através da consulta de manuais de enfermagem e protocolos do serviço, pesquisa bibliográfica e informações fornecidas pela enfermeira orientadora, foi possível compreender melhor o SU e a sua dinâmica.

Quando o cliente recorre ao SU, o primeiro contacto com a equipa de enfermagem é efetuado no posto de triagem. De entre os conhecimentos particulares na área da urgência, a vertente da triagem²⁴ foi a que mais expectativa criou pela sua diferenciação e especificidade. As triagens observadas provocaram sentimentos de ansiedade, insegurança e desconforto por vários motivos, nomeadamente:

- Imprevisibilidade (número de clientes, infinidade de alterações físicas e psicológicas que os clientes podem apresentar);
- Desconhecimento dos fluxogramas (MTS);
- Diversidade de queixas e seus potenciais diagnósticos;
- Atribuição de prioridades em pouco tempo;
- Constantes solicitações dos clientes e seus familiares, relativamente ao tempo de espera.

Muitos dos enfermeiros que realizam triagem experimentam sentimentos de insegurança e frustração face ao grande afluxo de trabalho e às reações negativas, por vezes violentas, dos clientes e seus familiares (Acosta, Duro & Lima, 2012).

Como forma de atenuar estes sentimentos/inseguranças é requerido que o enfermeiro triador detenha formação específica nesta área (curso certificado pelo Grupo Português de Triagem), bem como experiência de, pelo menos, 6 meses de cuidados de urgência, de forma a conseguir detetar precocemente sinais e sintomas de gravidade. Igualmente importante, são as capacidades de comunicar eficazmente e de gestão de conflitos, de forma a ser capaz de focalizar a entrevista para as

²³Triagem, *balcão*, SO, Reanimação e Urgência Ambulatória

²⁴Atribuição de prioridade de atendimento de acordo com a gravidade da situação clínica (Grupo Português de Triagem 2016).

principais queixas do cliente, de modo a integra-las no fluxograma mais adequado (Grupo Português de Triagem, 2016).

Reconhecendo as limitações pessoais e profissionais no âmbito da triagem, urge a necessidade de melhor compreender a complexidade deste processo de atribuição de prioridades. Como tal, foi realizada pesquisa bibliográfica, elaborado um jornal de aprendizagem subordinado a esta temática e assistiu-se ao 3º Encontro de Enfermagem de Emergência (ANEXO I).

A triagem é o meio através do qual o cliente é admitido no SU, sendo de importância fundamental que seja realizada de forma adequada, uma vez que irá condicionar todo o processo de atendimento do cliente. Existem vários sistemas de atribuição de prioridades (Acosta et al, 2012), sendo que o mais utilizado em Portugal²⁵ (inclusive neste hospital) é o MTS. De acordo com o Grupo Português de Triagem (2016), o MTS tem como objetivo priorizar os clientes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no SU. Este processo de triagem passa por identificar a queixa principal do cliente e escolher o fluxograma que mais se adequa (através da recolha e análise de informações junto do cliente ou familiares). O fluxograma contém várias questões denominadas "discriminadores", perante a identificação do discriminador relevante (pergunta do algoritmo que tenha uma resposta positiva) determina-se a prioridade clínica com a respetiva cor²⁶. A triagem deve ser um evento rápido, objetivo e direcionado para a recolha de informação necessária para progredir nos fluxogramas, de forma a ser atribuída uma prioridade clínica. "É importante que a avaliação do doente seja sistemática e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente" (Grupo Português de Triagem, 2016, para. 10). Neste curto período de tempo o enfermeiro procurará estabelecer a articulação entre um sistema padronizado e protocolado (fluxogramas do MTS) e a singularidade e a individualidade da pessoa que recorre ao SU.

²⁵Segundo norma 02/2015 da DGS, deveria estar implementado até 31 Dezembro 2015 em todos os serviços de urgência (adulto) do Serviço Nacional Saúde.

²⁶Neste SU, o cliente triado de cor vermelha é encaminhado para a Sala de Reanimação; laranja e amarelo encaminhados para o *balcão*; verde e azul encaminhados para a Urgência Ambulatória.

Durante o 3º Encontro Enfermagem em Emergência foi possível assistir a uma apresentação do Dr. Paulo Freitas (Fundador do Grupo Português de Triagem) sobre as auditorias externas periódicas realizadas em hospitais que aplicam o MTS. Esta exposição realçou o modo como este protocolo se encontra difundido pelos hospitais portugueses e a forma rigorosa da sua uniformização. Além das auditorias externas (realizadas pelo Grupo Português de Triagem), cada instituição é responsável por realizar mensalmente auditorias internas. Os dados obtidos são trabalhados de forma a identificar oportunidades de melhoria contribuindo para a evolução do MTS.

O trabalho desenvolvido permitiu **abordar a questão da triagem de forma sistemática e reflexiva**, contribuindo para a compreensão da função determinante desempenhada pelo enfermeiro triador. Face ao elevado número de clientes que recorrem ao SU, o sistema de atribuição de prioridades (triagem) promove a equidade de acesso dos mesmos ao SU e garante que os clientes emergentes e mais urgentes sejam atendidos da forma mais breve e atempada possível (Machado, 2008). O enfermeiro deve procurar a excelência do ato de triar, proporcionar atendimento de forma empática, comunicar com o cliente tendo em conta as suas características individuais, fornecer todas as explicações inerentes quer aos procedimentos efetuados, quer à metodologia MTS, respeitar a sua privacidade, a sua confidencialidade e as suas convicções culturais e religiosas.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Despacho n.º 10319/2014), é na sala de reanimação que os clientes críticos (vindos do exterior ou mesmo do próprio SU) são avaliados, estabilizados e tratados/cuidados. Sempre que é necessário prestar cuidados nesta sala o enfermeiro aciona o sinal sonoro, de forma a ativar a equipa (com formação em Suporte Avançado de Vida) e permitir a estabilização e tratamento do cliente. As causas mais frequentes de admissão na sala de reanimação são a alteração do estado de consciência, a instabilidade cardiovascular e a falência respiratória (Gomes, Proença, Carvalho, Aragão & Antunes, 2014), sendo que durante o estágio confirmou-se este facto, observando-se que os diagnósticos mais frequentes aquando da admissão na sala de reanimação foram: infeções/insuficiências respiratórias, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca descompensada, crises convulsivas e as intoxicações medicamentosas

voluntárias²⁷. A prestação de cuidados na sala de reanimação tem como objetivo essencial a restauração rápida e espontânea da respiração e da circulação, preservando os órgãos vitais (Aehlert, 2007). Neste posto foi possível colaborar na **prestação de cuidados a pessoas em situação emergente e em risco de falência orgânica, identificando atempadamente focos de instabilidade**, comprovando que a equipa (e a sala) se encontra devidamente preparada para a prestação de cuidados de emergência e Suporte Avançado de Vida. Para uma intervenção adequada, foi essencial a **mobilização de conhecimentos e habilidades anteriormente adquiridos, nomeadamente em Suporte Avançado de Vida**.

Aquando da prestação de cuidados em SO e *balcão*, o aspeto mais diferenciador prendeu-se com a realização dos registos de enfermagem em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A CIPE foi criada pelo *Internacional Council of Nurses* para permitir uma linguagem científica, uniformizada e universal, tendo fornecido um contributo significativo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde. Consiste numa terminologia padronizada, que permite gerar dados fiáveis e válidos acerca das intervenções de enfermagem, fomenta a autonomia no processo de cuidar e potencia a compreensão do plano de cuidados pelos elementos da equipa de enfermagem. Os resultados dos cuidados prestados aos clientes podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de enfermagem de modo quantitativo e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo (OE, 2011). A taxonomia CIPE agiliza a sistematização de registos de enfermagem, facilitando a interpretação de intervenções e resultados (OE, 2011).

Reconhecendo as limitações pessoais e profissionais na utilização da taxonomia CIPE, foi de extrema importância o contributo da enfermeira orientadora, a pesquisa bibliográfica, bem como a realização de um curso complementar ("Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE 2" - Anexo II), que permitiu **construir uma base de conhecimentos** na linguagem CIPE.

²⁷Que provocavam instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória e/ou alteração do estado de consciência.

Durante o percurso profissional não surgiu oportunidade de trabalhar num SU, como tal, este estágio permitiu usufruir dum primeiro contato com distintas e enriquecedoras experiências contribuindo para o crescimento pessoal e profissional através do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e família, no SU. As principais dificuldades sentidas prenderam-se com o desconhecimento da dinâmica funcional do SU, o grande afluxo de clientes, o desconhecimento do MTS e a falta de destreza no uso da linguagem CIPE. Estes constrangimentos foram ultrapassados com a execução de pesquisa bibliográfica, com as orientações da enfermeira orientadora e com a frequência de formação (3º Encontro Enfermagem em Emergência e Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE 2), contribuindo igualmente para o desenvolvimento de competências de resiliência, comunicação, organização e gestão de cuidados e comunicação interpessoal. Ao longo deste estágio, foi possível colaborar e prestar cuidados de enfermagem especializadas à PSC e sua à família em áreas diversificadas, (triagem, sala de reanimação, SO e *balcão*) contribuindo para o desenvolvimento de competências nos domínios da **melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais**. Tendo em conta a análise dos resultados obtidos com a execução das atividades pode concluir-se que os objetivos propostos para este contexto foram atingidos.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica

As UCI destinam-se à observação e tratamento da pessoa em situação crítica (patologia médica/cirúrgica) mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização contínua, apoio das funções vitais e prestação de cuidados por uma equipa multidisciplinar (ACSS, 2013). As UCI podem ser classificadas em três níveis de acordo com as técnicas utilizadas e valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. As UCI de nível I/II detêm capacidade de monitorização invasiva e de suportes de funções vitais não garantindo um acesso permanente a meios de diagnósticos e especialidades médicas diferenciadas, devendo estar em articulação com unidades de nível superior. Ao nível III correspondem as UCI com maior

diferenciação na prestação de cuidados e disponibilidade de recursos (ventilação mecânica invasiva, por exemplo), sendo assegurada assistência médica por médico intensivista em presença física permanente. As UCI de nível III devem ser polivalentes garantindo os cuidados integrais às PSC internadas. Quando a casuística ou especificidade de cuidados o justificar podem ser criadas UCI especializadas em determinadas áreas (DGS, 2003a). Refletindo a especificidade da Cirurgia Cardiorácica, existem UCI no Serviço Nacional de Saúde especialmente vocacionadas para os clientes submetidos a cirurgias cardíacas ou torácicas: Unidade Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica. Assim, estas UCI serão um campo de estágio de eleição para o desenvolvimento de competências na área da pessoa submetida a CRC, uma vez que apresentam uma maior casuística destes clientes levando a que os seus profissionais detenham competências especializadas. Segundo a ARLSLVT (2016), no distrito de Lisboa²⁸, existem três UCI-CCT integradas no Serviço Nacional de Saúde, sendo que durante a Unidade Curricular Ensino Clínico I foram realizados tentativas de contato com estes serviços mas apenas um mostrou disponibilidade (e condições) para a realização de estágio.

2.2.1. Caracterização do Serviço

O estágio na UCI-CCT decorreu durante 11 semanas, num hospital na área da grande Lisboa. O serviço é constituído por dois blocos operatórios (um funciona das 8h às 21h e outro das 8h às 16:30h), por duas UCI (1 e 2) de nível III (com capacidade total para 13 clientes) e por seis salas de enfermaria com capacidade para 19 clientes. De salientar que alguns dos clientes nesta UCI não reúnem os critérios para permanecerem numa UCI nível III e que poderiam ser transferidos para uma Unidade Cuidados Intermédios (UCI nível II) mas como esta divisão não existe neste departamento acabam por permanecer na UCI-CCT até poderem ser transferidos para enfermaria. Cada unidade individual está equipada com monitor

²⁸Por motivos de disponibilidade pessoal cingiu-se a pesquisa de locais de estágio ao distrito de Lisboa.

contínuo de sinais vitais, ventilador, sistemas de infusão/perfusão e com registo informatizado contínuo dos parâmetros.

Segundo o Plano de Formação em Serviço (2013-2014), fornecido pela enfermeira chefe, o serviço é constituído por 55 enfermeiros, sendo que 11 se encontram alocados em exclusivo ao bloco operatório, quanto aos restantes 44 exercem as suas funções quer ao nível da enfermaria quer em ambas as UCI. Nesta UCI-CCT realizam-se cerca de 1400 cirurgias por ano, sendo que aproximadamente 400 são CRC (simples ou combinadas²⁹) sendo que destas, 97% decorrem sem CEC contribuindo para um menor número de complicações associadas (Monahan et al, 2010). O serviço apresenta uma taxa de ocupação próxima dos 100%, com uma duração média de internamento de cerca de 9 dias (Plano de Formação em Serviço 2013-2014).

O método de trabalho preconizado é o de "enfermeiro responsável" sendo função do enfermeiro chefe de equipa a atribuição dos clientes a cada enfermeiro. Nas UCI de nível III deve persistir o rácio de um enfermeiro para dois clientes enquanto na UCI nível II deve ser de um enfermeiro para quatro clientes (DGS 2003a). Neste serviço cada enfermeiro fica responsável por dois ou três clientes (consoante sejam nível III ou II) cabendo ao chefe de equipa avaliar a carga de trabalho inerente a cada cliente, procurando uma divisão equitativa do trabalho de enfermagem, tendo em conta a instabilidade e gravidade do cliente e as medidas adicionais de suporte das funções vitais (ventilação mecânica, ECMO, técnica substituição renal). Contudo, aquando da receção de um cliente vindo do bloco operatório ou em situações de emergência preconiza-se a interajuda entre os diferentes elementos da equipa de enfermagem.

O processo clínico do cliente encontra-se informatizado utilizando o programa PICIS©. É neste formato que são realizados os registos de enfermagem, avaliação médica, relatórios de exames complementares de diagnóstico entre outros. Este programa informático permite também a captura contínua dos parâmetros vitais a partir da monitorização hemodinâmica invasiva ou não invasiva, necessitando os

²⁹ Cirurgia combinada implica CRC em conjunto com intervenção cirúrgica de uma das válvulas cardíacas.

enfermeiros apenas de registrar a temperatura, glicémia capilar e dor³⁰. Relativamente à realização de balanço hídrico, a equipa de enfermagem regista informaticamente (programa PICIS©) os líquidos administrados (terapêutica, alimentação, entre outros) e eliminados (diurese, perdas hemáticas por drenagens, entre outros), sendo que o *software* realiza automaticamente o balanço hídrico por hora, turno e/ou dia consoante o pretendido. Este sistema permite um rápido acesso a toda a informação da PSC (curvas de tendências, identificação de problemas reais ou potenciais).

2.2.2. Atividades Desenvolvidas

Tendo em conta o objetivo geral³¹ foram definidos para este contexto os seguintes objetivos específicos:

- Adquirir conhecimentos baseados em evidência científica, relacionados com cuidados a prestar à pessoa submetida a CRC;
- Compreender quais os cuidados especializados de enfermagem a prestar à pessoa submetida a CRC;
- Integrar o processo de enfermagem na prestação de cuidados especializados e individualizados à pessoa submetida a CRC;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a CRC;
- Refletir criticamente sobre a intervenção do enfermeiro especialista na pessoa submetida a CRC;
- Refletir criticamente sobre o significado e impacto da CRC na pessoa e na família.

A consecução de objetivos só é possível através da execução de atividades previamente planificadas (Miguel, 2006). De entre todas as atividades realizadas

³⁰ Recorrendo a escalas validadas (Escala Comportamental e Escala Numérica) para a avaliação da dor.

³¹ Desenvolver competências, no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente na prestação de cuidados à pessoa submetida a Cirurgia de Revascularização Cardíaca.

(Apêndice II) serão abordadas algumas das que mais contribuíram para a consecução dos objetivos.

Os primeiros turnos realizados neste contexto (UCI-CCT) foram determinantes para conhecer a estrutura física, a dinâmica, a metodologia de trabalho, disposição de material, contactar com protocolos e sistema informático bem como permitir adaptação/integração na equipa multidisciplinar.

Quando definida a indicação precisa da cirurgia o cliente é encaminhado para uma avaliação (médica e de enfermagem), onde será obtida a história clínica, realizado exame físico e solicitados exames complementares. Na véspera da cirurgia realiza-se a consulta de enfermagem pré-operatória³², com o objetivo de fornecer informações e esclarecer dúvidas sobre o procedimento cirúrgico. É explicado ao cliente e família/pessoa significativa os cuidados pré-operatórios, o que vai decorrer durante a intervenção cirúrgica, bem como os cuidados pós-operatórios. De salientar a ênfase atribuída ao pós-operatório imediato e ao ambiente que a pessoa irá encontrar ao despertar na UCI. Segundo Vargas, Maia & Dantas (2006) é comum que as pessoas propostas para cirurgia cardíaca se apresentem ansiosas e apreensivas devido ao medo da morte, à mudança no estado de saúde e ao ambiente desconhecido (hospitalização). Os mesmos autores defendem ainda que a consulta de enfermagem pré-operatória assume papel preponderante uma vez que é neste momento que são dadas informações e indicações sobre o procedimento cirúrgico, cuidados necessários e o ambiente hospitalar. Como forma de reforçar este ensino é facultado aos clientes a possibilidade de realizarem uma visita à UCI-CCT (acompanhados pelo enfermeiro) permitindo um primeiro contato com o ambiente e a parafernália de máquinas existentes. É explicado ao cliente que irá acordar entubado orotraquealmente e que não conseguirá "falar" (terá de comunicar por gestos e/ou mímica labial), apresentará no seu tórax drenos que posteriormente serão retirados e encontrar-se-á conectado a vários monitores, sendo reforçada a importância de o mesmo colaborar com toda a equipa. Durante as consultas pré-operatórias observadas verificou-se que os clientes tinham muitas dúvidas quanto ao

³²Atendimento realizado no serviço de CCT.

procedimento cirúrgico, ao pós-operatório³³ e aos cuidados pós-alta (retorno à atividade laboral e tolerância ao esforço). Conforme o atendimento decorria a maioria dos clientes aparentava ficar mais tranquilo e confiante, apesar de muitos referirem que ainda tinham medo das consequências do procedimento cirúrgico. O medo e a ansiedade podem ser fatores inibidores de uma transição saudável (Meleis et al, 2007), sendo a consulta de enfermagem pré-operatória uma das estratégias mais eficazes para a sua diminuição e para a prevenção de complicações pós-operatórias (Santos et al, 2011).

A colaboração entre enfermeiro, cliente e pessoa significativa na consulta pré-operatória facilita o **estabelecimento de relação terapêutica**³⁴ com a pessoa que iria ser submetida a CRC. Neste momento de partilha o cliente é incentivado a expor as suas dúvidas, procurando-as esclarecer cabendo ao enfermeiro validar se a informação foi devidamente compreendida.

No dia seguinte à consulta pré-operatória o cliente é encaminhado até ao BO, onde é submetido a CRC. Durante o estágio considerou-se pertinente a observação de procedimentos cirúrgicos de forma a melhor compreender a sua execução e o seu impacto na vida da pessoa. Como seria expectável, desde o primeiro momento existe uma grande preocupação com a assepsia e a prevenção da infeção. Desde a preparação da sala operatória, ao fardamento dos profissionais e ao manuseamento dos materiais e equipamentos, a assepsia é mantida de forma rigorosa. Existem vários profissionais envolvidos no procedimento de CRC (três enfermeiros, dois ou três cirurgiões, anestesista, perfusionista e assistente operacional) sendo essencial para a segurança da pessoa que exista uma comunicação eficaz entre eles (Fragata, 2010). Cada um dos elementos da equipa é altamente diferenciado, tendo consciência de quais as suas funções e o seu papel no seio da mesma. Foi enriquecedor observar e compreender como a equipa comunica e interage, de forma fluída e dinâmica trabalhando para a diminuição do risco e de complicações pós-operatórias como a infeção do local cirúrgico, hemorragias ou iatrogenias

³³Algumas das dúvidas constatadas foram: quanto tempo tinham de permanecer na cama; que "tubos" iriam ter ligados; se iriam ter dor; qual o tempo de internamento.

³⁴Parceria estabelecida com o cliente respeitando as suas capacidades e a valorização do seu papel, desenvolvendo-se ao longo de um processo dinâmico, com a finalidade de ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2002).

associadas ao procedimento cirúrgico. A experiência em bloco operatório foi gratificante possibilitando a aquisição e compreensão de conhecimentos técnicos e científicos relativos à CRC, assim como também facilitou o desenvolvimento de competências de comunicação³⁵ que contribuem para a **manutenção de um ambiente terapêutico seguro**.

Após a CRC a pessoa é transferida para a UCI-CCT. A admissão é realizada por dois enfermeiros que, em conjunto com os profissionais do BO, transferem o cliente para a cama, e realizam a primeira observação procurando identificar eventuais focos de instabilidade. Depois de a pessoa estar instalada (conectada a prótese ventilatória, monitorização de sinais vitais, drenagens torácicas conectadas em aspiração de baixa pressão, medicação em curso) e estabilizada (sinais vitais dentro dos parâmetros expectáveis, calma e sem dor aparente) são realizados os primeiros registos. O programa informático (PICIS®) agrega toda a informação do cliente facilitando a consulta do processo clínico, diminuindo o risco de extravio de informação contribuindo para a **manutenção de um ambiente terapêutico seguro**. Inicialmente foram sentidas algumas dificuldades na utilização deste sistema informático que foram ultrapassadas recorrendo a indicações da enfermeira orientadora.

No pós-operatório imediato de CRC os principais cuidados direccionam-se para a manutenção de sinais vitais dentro dos parâmetros normais e prevenção (deteção precoce) de complicações. Uma das complicações mais frequentes são as infeções associadas aos cuidados de saúde, existindo neste serviço uma grande preocupação na sua prevenção. As infeções associadas aos cuidados de saúde estão muitas vezes relacionadas com cuidados de qualidade deficiente e implicam um maior dispêndio de recursos, sendo fundamental a adoção de práticas de qualidade que contribuam para a diminuição da sua incidência. (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). A desinfeção das mãos é cumprida de forma rigorosa pelos profissionais, sendo realizadas auditorias internas. Todos os profissionais utilizam as medidas de proteção universal aquando da prestação de cuidados diretos. Além destas medidas universais são também aplicadas normas elaboradas pela

³⁵Competências como comunicar de forma concisa e clara e comunicar de forma segura.

Comissão de Controlo de Infeção para a prevenção: das pneumonias associadas à ventilação, da infeção do trato urinário, das infeções associadas a dispositivos médicos³⁶ e da infeção do local cirúrgico. Durante o estágio foi possível manter as medidas de prevenção universal assim como as recomendações para a lavagem das mãos. A pneumonia nosocomial, incluindo a pneumonia associada à ventilação, é considerada a infeção hospitalar de maior incidência (Matos & Sobral 2010). A fim de combater tal tendência, no pré-operatório é reforçada a importância da lavagem da cavidade oral com clorhexidina solução oral 0,2%, mantendo-se essa intervenção durante o período em que o cliente se encontra entubado orotraquealmente. Além disso, a elevação da cabeceira a 30°, a verificação da pressão do *cuff* do tubo orotraqueal antes e após os posicionamentos, bem como a aspiração de secreções brônquicas utilizando técnica asséptica são outras intervenções realizadas com o intuito de prevenir a pneumonia associada a ventilação (**conforme norma da Comissão de Controle de Infeção** do hospital). Segundo o *Centre of Disease Control and Prevention* (2003) estas ações são fundamentais para reduzir o número de complicações associadas à ventilação mecânica, devendo ser implementadas de forma rigorosa. Conforme também é recomendado pelo *Centre of Disease Control and Prevention* (2011), existe uma grande preocupação com os cuidados de manutenção do cateter venoso central de forma a prevenir a sua colonização³⁷. O penso do local de inserção do cateter é realizado, usando desinfecção com solução cutânea de clorhexidina a 2%, a cada 2 dias, se penso com compressa, ou a cada 7 dias se penso transparente, recorrendo a técnica asséptica. Durante todo o estágio procurou-se **maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC submetida a CRC** através do cumprimento **das normas emanadas pela Comissão de Controlo de Infeção**³⁸.

Outra das complicações mais frequentes da CRC é a dor (Santos et al, 2015), surgindo associada à sutura operatória, às drenagens torácicas e à ventilação mecânica invasiva. A DGS (2003b) através da Circular Normativa n.º9/DGCG institui

³⁶ Linha arterial, cateter venoso central, drenos, entre outros.

³⁷ Existem vários estudos que associam a colonização de cateter venoso central a infeções da corrente sanguínea que são responsáveis pelo aumento do tempo de internamento hospitalar e custos associados (*Centre of Disease Control and Prevention, 2011*).

³⁸ Coincidentes com as emanadas pelo *Centre of Disease Control and Prevention*.

a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes, recorrendo a escalas validadas. Na avaliação da intensidade da dor deve-se privilegiar os instrumentos que pressuponham uma autoavaliação por parte do cliente, utilizando, se possível, a Escala Visual Analógica da dor (OE, 2008). No pós-operatório imediato, o estado de consciência da pessoa encontra-se alterado dificultando a autoavaliação da dor. Como forma de contornar tal dificuldade, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.) recomenda a utilização da Escala Comportamental da Dor³⁹ em clientes sedados e ventilados. Aquando da prestação de cuidados, existiu a preocupação de realizar uma avaliação sistemática da dor recorrendo à Escala Comportamental e à Escala Visual Analógica. De acordo com os valores obtidos foram **realizadas intervenções farmacológicas** (administração de terapêutica analgésica, conforme prescrição médica) **e não farmacológicas** (otimização de posicionamento, massagem de conforto), **procurando gerir de forma diferenciada a dor da PSC submetida a CRC**. No pós-operatório imediato, observou-se que todos os clientes estavam sujeitos a terapêutica analgésica (opióide e anti-inflamatórios) existindo preocupação da equipa médica e de enfermagem em ajustar a medicação conforme as necessidades do cliente. Com a evolução do pós-operatório, inicia-se o desmame da medicação opióide e, concomitantemente, o cliente fica mais desperto, adquirindo uma maior mobilidade. Estes fatores contribuem para o aumento da dor (associado ao movimento e tosse, por exemplo) ganhando mais relevância as terapêuticas não farmacológicas. Durante o estágio foi possível observar a eficácia da imobilização do tórax (aquando dos posicionamentos e levante do leito) como forma de controlo analgésico, sendo os clientes incentivados a realizá-la de forma autónoma. De salientar, igualmente, que os clientes referiam que a massagem (dorso-lombar) contribuía para o relaxamento muscular provocando uma sensação de conforto e alívio que desviava a atenção do estímulo doloroso.

³⁹Baseada na observação de três itens: expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica. A escala varia entre 3 (sem dor) e 12 (dor máxima) (Stites 2013).

Ao prestar cuidados à pessoa submetida a CRC é necessária uma observação atenta de diversos parâmetros e fatores e à forma como se relacionam. Muitas vezes, estes cuidados implicam a utilização de equipamentos tecnológicos altamente diferenciados. De entre estes, destaca-se o ECMO como sendo particularmente complexo e requerendo cuidados especializados. O ECMO consiste num sistema de circulação sanguínea extra corporal, em que o sangue venoso é impulsionado por uma bomba centrífuga através de uma membrana de oxigenação artificial, retornando já oxigenado para o cliente (Colafranceschi et al, 2008). Segundo ELSO (2013), está indicada para situações de hipoxemia respiratória mantida, retenção de dióxido de carbono, síndromes de falência respiratória, situações de falência cardíaca ou choque cardiogénico. Esta técnica exige uma vigilância rigorosa e constante por parte do enfermeiro, devido ao grande número de potenciais complicações: hemorragia maciça, compromisso neuro-circulatório, risco de embolias, entre outros (ELSO, 2013). Como forma de sistematizar a abordagem à pessoa sob suporte de ECMO, nesta UCI encontra-se instituído um protocolo de atuação que inclui a realização seriada de gasimetria arterial (e outras análises clínicas); registos sistematizados de parâmetros ventilatórios e do aparelho de ECMO; vigilância da integridade das linhas e cânulas; vigilância de sinais de compromisso neuro-circulatório das extremidades. Durante o estágio foi possível colaborar na prestação de cuidados a dois clientes submetidos a ECMO, permitindo **executar cuidados técnicos de alta complexidade**, conforme o **protocolo terapêutico instituído**. Um cliente sob suporte de ECMO implica uma grande carga de trabalho de enfermagem. Recorrendo ao índice TISS-28⁴⁰, que é utilizado nesta UCI-CCT como forma de avaliar a carga de trabalho de enfermagem, verificou-se que o *score* obtido oscilava entre 40 a 60 pontos.⁴¹

A decisão de quais os clientes atribuídos a cada enfermeiro, é da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa. Durante o estágio foi possível acompanhar a enfermeira orientadora no desempenho de funções de chefia de equipa. É este

⁴⁰Que se baseia nas atividades básicas (monitorização sinais vitais, administração de medicação) suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas, variando entre 0 e 78 pontos (Pinto & Pires, 2009).

⁴¹Um enfermeiro experiente poderá executar uma carga de trabalho entre 40 a 50 pontos TISS (Soares, 2012).

elemento que distribuí os enfermeiros por sectores (UCI 1, UCI 2 e enfermaria), que coordena a admissão e transferências de clientes (entre sectores e para outros serviços), procurando manter, em todos os momentos, uma noção da dinâmica geral do serviço de forma a identificar eventuais focos de instabilidade que requeiram a sua intervenção. Apesar de ser avaliado diariamente, o *score* TISS 28 este não é tido em conta aquando da distribuição dos clientes, sendo que a enfermeira chefe de equipa baseia-se na sua avaliação “individual” de carga de trabalho e da equipa (experiência e número de elementos) para uma distribuição equitativa dos clientes. Esta decisão é suportada pelo facto de os estudos mais recentes referirem que o índice TISS 28 na realidade apenas avalia cerca de 43% do trabalho de enfermagem (Soares, 2012). Colaborando nestes cuidados, foi possível comprovar a complexidade e as grandes exigências desta função, requerendo uma grande disponibilidade mental e capacidades de gestão e organização. A execução desta atividade contribuiu para a compreensão da forma de **gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional, adequando os recursos às necessidades de cuidados.**

Para melhor compreender o processo de transição vivenciado pela pessoa submetida a CRC, foi elaborado um estudo de caso em que é abordada a complexidade dos cuidados prestados. O estudo de caso, é uma metodologia de investigação que se assume como particular, isto é, que se debruça intencionalmente sobre uma situação específica, permitindo que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma situação real, adquirindo conhecimentos e experiências que possam ser úteis na tomada de decisão perante outras situações semelhantes (Ponte, 2006). Neste estudo de caso, é descrita a situação de um cliente (JB) cujo pré-operatório ocorreu noutra serviço do hospital, não tendo realizado a consulta de enfermagem pré-operatória. O procedimento cirúrgico decorreu sem intercorrências aparentes, sendo admitido na UCI-CCT no pós-operatório imediato. Conforme o cliente foi ficando mais alerta, verificou-se que se encontrava muito irrequieto e agitado no leito. Uma vez que ainda mantinha tubo oro traqueal, não lhe era possível comunicar por via oral sendo necessário recorrer a **estratégias facilitadoras da comunicação.** Num estudo, Grossbach, Stranberg & Chlan (2010) referem seis estratégias facilitadoras da comunicação: criar ambiente familiar, avaliar as situações que afetam a comunicação, antecipar as necessidades

dos clientes, facilitar a leitura labial, utilizar alternativas de comunicação (pranchas de comunicação) e educar o cliente, família e profissionais de saúde para estratégias de comunicação. Assim, foi explicado ao cliente onde se encontrava, quais os equipamentos que o rodeavam e qual a sua pertinência. De seguida realizaram-se perguntas simples e dirigidas ("Tem dor? Tem dificuldade em respirar?"), procurando que o mesmo respondesse com mímica labial (ou acenando/abanando a cabeça). Utilizando estas estratégias, foi possível **gerir de forma eficaz a comunicação interpessoal com o cliente submetido a CRC**, contribuindo para a diminuição da sua ansiedade. O Sr. JB acaba por evoluir de forma favorável mantendo os sinais vitais estáveis e sendo o tubo oro traqueal retirado precocemente. Quando o cliente compreendeu que lhe era possível falar, colocou diversas questões relativas à sua situação clínica, aos cuidados pós-operatórios e às consequências que a cirurgia teria na sua vida. Após a realização de alguns ensinamentos e esclarecimentos, o cliente manteve-se mais tranquilo. A ansiedade demonstrada pelo cliente poderá ser interpretada como uma manifestação da consciencialização da transição. O cliente reconhece que a cirurgia poderá ter consequências na sua vida futura, implicando mudanças que este desconhece. No pós-operatório, o cliente colocou várias questões que exteriorizavam os seus receios face ao desconhecido (se ficaria dependente de terceiros, se poderia voltar à sua atividade profissional), mas também a sua motivação em adaptar os seus comportamentos à nova realidade (referiu vontade em cessar os hábitos tabágicos e alterar hábitos alimentares).

As condições das transições influenciam a forma como o cliente vivencia esta crise. Os receios, a falta de conhecimentos e as ideias pré-concebidas sobre a cirurgia cardíaca causam no Sr. JB preocupações, gerando ansiedade e influenciando negativamente o processo. Estas apreensões relacionam-se com a recuperação, experiência do internamento (necessidade de internamento em UCI, perda de autonomia, imobilização no leito), com a dor, com o medo da morte e principalmente do afastamento da sua atividade profissional (carpinteiro). As condições económicas do Sr. JB permitem-lhe optar por se reformar, no entanto refere-se ao seu trabalho como sendo uma realização pessoal. No seu discurso, verifica-se que a família será um pilar importante na sua adaptação, referindo várias vezes que estará mais disponível para acompanhar a sua esposa e o crescimento dos seus netos.

Os enfermeiros, que acompanharam o pós-operatório imediato do Sr. JB, identificaram as apreensões do cliente intervindo de forma a contribuir para a sua resolução, tendo em conta as estratégias de *Coping* mais ajustadas. Procuraram esclarecer dúvidas, explicar os procedimentos, fazer ensinamentos quanto às mudanças nos hábitos de vida, usando sempre uma linguagem adaptada ao cliente e validando se o mesmo a tinha compreendido. Em conjunto com o Sr. JB, a equipa de enfermagem procurou delinear estratégias que facilitassem o processo de transição, tendo sido encaminhado para consulta de cessação tabágica e de nutrição. O cliente procurou uma interação constante com a equipa multidisciplinar, confiando na ajuda, informação e estratégias aconselhadas pelos profissionais de saúde. Estas atitudes de interação, confiança e envolvimento são indicadores de processo positivos, contribuindo para uma transição saudável. Nem sempre que se verificam indicadores de processo positivos também se verificam resultados positivos, embora a probabilidade de os obter seja maior. Sendo este estudo de caso limitado no tempo, não foi possível avaliar se o Sr. JB vai desenvolver um domínio da sua nova realidade (Mestria), construindo uma nova personalidade através da assimilação de novas competências (Identidade Flexível e Integrada). A elaboração deste estudo de caso contribuiu de forma fundamental para a operacionalização da Teoria das Transições de Meleis durante o estágio, permitindo uma melhor compreensão do referencial teórico e da sua aplicabilidade na prática de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a CRC. Como corolário deste trabalho foi elaborado um diagrama (apêndice III) onde é representada a transição vivenciada pelo Sr. JB (natureza, condições e padrões de resposta) e que serviu de base para análises posteriores de outros casos observados em estágio. Assim, a realização deste estudo de caso contribuiu **para aprofundar conhecimentos na área da PSC submetida a CRC, abordando esta questão de modo sistemático, reflexivo e criativo.**

Analisando a realidade desta UCI, e refletindo em conjunto com a enfermeira orientadora e a Sra. enfermeira chefe sobre a forma de poder contribuir para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, considerou-se pertinente a elaboração da norma "Cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório de Cirurgia

Cardíaca"⁴² (Apêndice IV). De forma a manter um equilíbrio permanente entre o respeito pelo cliente, enquanto pessoa, e a resposta às exigências das instituições é necessário conceber normas que regulem os comportamentos (ACSS, 2011). As normas permitem a uniformização dos cuidados de enfermagem, melhorando a sua eficácia e diminuindo o tempo de atuação (Fernandes, 2010). A elaboração desta norma foi importante, porque permitiu sistematizar e organizar os principais cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, contribuindo para a sua padronização, organização e qualidade. Foi também sugerido à Sra. enfermeira chefe a divulgação desta norma pelos restantes serviços do hospital que habitualmente também cuidam de pessoas a vivenciar o processo de cirurgia cardíaca. Nos departamentos que apenas esporadicamente recebem clientes submetidos a CRC, este documento poderá ter uma importância ainda mais marcada pois é nestes locais que surgem as principais dúvidas e lacunas na abordagem a estes clientes. Foi então acordado, que esta norma seria divulgada no serviço de CCT e restantes serviços e quando os *clientes* submetidos a cirurgia cardíaca fossem transferidos da UCI-CCT, para outros departamentos, iriam acompanhados de uma cópia da norma. Assim, ao elaborar esta norma foi possível colaborar na **implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada na área da pessoa submetida a CRC**, não apenas na UCI-CCT mas em toda a unidade hospitalar.

Ao longo do estágio nesta UCI, foram mobilizados os conhecimentos adquiridos através de pesquisa bibliográfica, previamente realizada, usando-os como sustentação para a prática especializada. A colaboração e prestação de cuidados à PSC submetida a CRC contribuíram para melhor identificar e compreender os cuidados prestados e a forma como se integram no processo de enfermagem. Após esta compreensão, foi possível refletir sobre o processo de transição que a pessoa atravessa e a forma como as intervenções terapêuticas de enfermagem podem contribuir para uma transição saudável. Face ao exposto, considera-se que as atividades realizadas permitiram alcançar os objetivos específicos para este contexto de estágio.

⁴²Este processo já tinha sido iniciado pela enfermeira orientadora tendo já delineado os cuidados pós-operatórios imediatos (até ao 2º dia de pós-operatório).

Como inicialmente foi referido, uma das motivações que levou à procura do desenvolvimento de competências, na área da PSC submetida a CRC, foi o facto de, em contexto profissional, a equipa de enfermagem identificar dificuldades e lacunas na abordagem a estes clientes. Procurando contribuir para a resolução deste problema, e mobilizando os conhecimentos e competências adquiridos ao longo deste trajeto, delineou-se e propôs-se à Sra. enfermeira chefe, do contexto profissional, a realização de uma sessão de formação em serviço (Apêndice V) em que seriam abordados os principais cuidados de enfermagem à pessoa submetida à CRC. A proposta foi aceite, mantendo-se a aguardar agendamento da sessão. Concomitantemente foi também elaborado um guia orientador (Apêndice VI) que será entregue ao cliente como forma de facilitar os ensinamentos para a alta hospitalar. Com estas atividades pretende-se **favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros** deste serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de projeto é uma atividade de índole de investigação que surge de uma motivação intrínseca, sendo um percurso criterioso de decisões na procura sistemática do conhecimento, a fim de desenvolver competências, nutrir a disciplina e melhorar os cuidados de enfermagem. Envolve trabalho de pesquisa no terreno, uma interação permanente entre a teoria e a prática (tendo em conta os recursos e restrições existentes), a recolha e tratamento de dados e implica uma avaliação contínua.

Para este projeto de desenvolvimento de competências, a motivação pessoal teve origem nas dificuldades sentidas aquando da prestação de cuidados a clientes submetidos a CRC. Este é um procedimento complexo, extremamente invasivo e agressivo para a pessoa e família e que implicará mudanças nas suas vidas. Segundo a Teoria de Meleis (Meleis et al, 2000), a cirurgia desencadeará um processo de transição que exigirá uma adaptação do cliente a uma nova realidade, cabendo ao enfermeiro intervir de forma a facilitar este processo. No pós-operatório imediato o cliente encontra-se em "estado crítico" necessitando de vários cuidados de enfermagem especializados, de forma a promover uma adequada recuperação e deteção precoce de eventuais complicações. Estes cuidados, implicam que o enfermeiro domine conhecimentos/competências de áreas diversas como ventilação mecânica invasiva, equilíbrio hemodinâmico e eletrolítico, controlo da dor, prevenção de infeções e comunicação eficaz. Assim, como forma de desenvolver competências especializadas no âmbito dos cuidados à PSC submetida a CRC, foi traçado um percurso cuja fase de operacionalização correspondeu à Unidade Curricular Estágio com Relatório que decorreu em contexto de SU e de UCI-CCT.

O estágio realizado em SU permitiu o contato com uma realidade desconhecida, o que provocou alguma expectativa e ansiedade, sendo que as dificuldades iniciais foram ultrapassadas recorrendo à enfermeira orientadora, à pesquisa bibliográfica e à observação reflexiva dos cuidados. O **reconhecimento das limitações pessoais existentes** em triagem, levou à elaboração de um Jornal de Aprendizagem permitindo abordar esta **questão complexa de forma sistemática e reflexiva**. Neste contexto foram **prestados cuidados à pessoa em situação emergente**

(antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica), mobilizando conhecimentos em Suporte Avançado de Vida. O maior constrangimento no estágio em SU foi o facto de não se ter presenciado nenhum caso de uma pessoa que necessitasse de ser encaminhado para CRC. Procurou-se contornar este aspeto através da consulta do manual de enfermagem do serviço, de forma a compreender a forma como esse circuito é realizado.

Quando o cliente é confrontado com o imperativo de realizar a cirurgia, toma consciência de que esta poderá implicar várias mudanças significativas na sua vida. Durante o estágio realizado na UCI-CCT, foi possível seguir consultas de enfermagem pré-operatórias em que eram esclarecidas dúvidas aos clientes, explicados procedimentos e realizada uma visita à UCI-CCT onde iriam despertar após a cirurgia. No pós-operatório, comprovou-se a importância desta consulta para o **início de uma relação terapêutica** e para a diminuição da ansiedade dos clientes operados, podendo-se estabelecer uma diferenciação com as pessoas que não tinham tido acesso à informação no pré-operatório.

Na UCI-CCT foram prestados **cuidados à PSC a vivenciar o processo complexo de CRC**, procurando promover um processo de transição saudável. Estes cuidados implicaram a **execução de cuidados técnicos de alta complexidade, a gestão diferenciada da dor (recorrendo a escalas validadas, medidas farmacológicas e não farmacológicas), a gestão da comunicação e gestão da ansiedade** da pessoa. Durante todo este processo, foram tidas em contas as **normas emanadas pela Comissão de Controlo de Infeção procurando maximizar a intervenção na prevenção e controlo da Infeção.**

Desde que a pessoa toma consciência da necessidade da realização da CRC, vai necessitar de cuidados especializados nesta área. Esta cirurgia é um procedimento técnico complexo, altamente diferenciado e que implicará mudanças na vida da pessoa, levando a que a mesma necessite de acompanhamento neste processo. Cada pessoa vivencia esta crise de forma única, implicando uma transição com características próprias e específicas. Cabe ao enfermeiro reconhecer a natureza e as condições da transição para que as intervenções terapêuticas de enfermagem impulsionem as condições facilitadoras e condicionem as inibidoras. Durante o estágio, foi possível compreender a importância da intervenção atempada do

enfermeiro. A consulta pré-operatória potencia o controlo de condições inibidoras como o medo e ansiedade e estimula condições facilitadoras como a autoconfiança e o apoio familiar. No pós-operatório imediato, é importante o controlo da dor, a promoção da independência nas atividades diárias, assim como uma gestão eficaz da comunicação. Recorrendo a estas estratégias é possível estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa, fazendo-a sentir conectada, favorecendo a adoção de estratégias de *coping* e aumentando a sua confiança.

Finalizada esta etapa, do percurso de desenvolvimento de competências, retiram-se boas ilações no âmbito profissional e pessoal, considerando-se ter atingido os objetivos propostos. Este ponto, no entanto, não significa o fim, existindo ainda um caminho a percorrer. No futuro próximo, em contexto profissional, pretende-se realizar uma sessão de formação e implementar um guia orientador acerca dos ensinamentos para alta, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa a vivenciar a CRC.

Tendo adquirido e desenvolvido competências especializadas importa agora mobilizá-las, não só através da prestação de cuidados, mas também através da dinamização dos restantes membros da equipa multidisciplinar e atuando como profissional de referência nesta área.

Como enfermeira importa ter um olhar crítico e uma atitude proactiva face às situações vividas, a fim de conseguir obter a consciência do porquê, com o intuito de proporcionar o melhor cuidado àqueles que a movem, os clientes. Ser exigente connosco faz-nos querer ser melhor para com o outro, dignificando a profissão.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: ACSS. Acedido a 5 de Abril 2016, disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf.
- ACSS (2013). *Recomendações Técnicas para instalações de Cuidados Intensivos*. Acedido a 15 de Janeiro de 2015, disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>.
- Acosta, A.M., Duro, C.L.M. & Lima, M.A.D.S. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/ classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33 (4):181-190.
- Aehlert, B. (2007). *Emergência em Cardiologia – Suporte avançado de Vida em Cardiologia*. Porto: Porto Editora.
- Antoniuzzi, A.S., Dell'Aglio, D.D. & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2):, 273-294. Acedido a 23 de Abril 2016, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2>.
- ARSLVT (2015). *Relatório de Atividades 2014*. Lisboa: Núcleo de Estudos e Planeamento. Acedido a 10 Março 2016, disponível em http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/2046/Relatorio_de_Atividades_2014_31_07_2015.PDF.
- ARSLVT (2016). *Cuidados Hospitalares*. Acedido a 10 de Março 2016, disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/5>.
- Barbier, J.M. (1996). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

- Buxton, B.F. & Galvin, S.D. (2013). The history of arterial revascularization: from Kolesov to Tector and beyond. *Annals of Cardiothoracic Surgery*, 2 (4): 419-426.
- Centre for Disease Control and Prevention (2003). *Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia*. Acedido a 30 de Março 2016, disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>.
- Centre for Disease Control and Prevention (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Acedido a 30 de Março 2016, disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- Campagnucci, V.P., Silva, A.M.R.P., Pereira, W.L., Chamlian, E.G., Gandra, S.M.A. & Rivetti, L.A. (2008). EuroSCORE e os pacientes submetidos a revascularização do miocárdio em Santa Casa de S. Paulo. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 23 (2): 262-267.
- Colafranceschi, A.S., Monteiro, A.J.O., Canale, L. S., Campos, L.A.A., Montera, M.W., Silva... & Mesquita, E. T. (2008). Assistência circulatória com oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) no adulto: um conceito falido ou esquecido? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91 (1): 36-41.
- Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto (2014). Características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de Responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de Pontos de Rede de Urgência. Diário da Republica, 2ª Série, Nº 153 (11 – 08 – 2014). 20673 – 20678.
- Despacho normativo 11/2002 de 6 de Março (2002). Cria o serviço de urgência hospitalar. Diário da República, Série I-B, n.º 55, (06-03- 2002). 1865-1866.
- DGS (2003a). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS.
- DGS (2003b). CIRCULAR NORMATIVA n.º 9/DGCG – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: DGS.

- DGS (2013). *Doenças Cérebro - Cardiovasculares em Números - 2013*. Lisboa: Letra Solúvel.
- DGS (2015). CIRCULAR NORMATIVA Nº2/2015 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Lisboa: DGS.
- Duarte, S.C.M., Stipp, M.A.C., Mesquita, M.G.R. & Silva, M.M. (2012). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Escola Anna Nery*, 16 (4): 657-665. Acedido a 5 de Abril de 2015, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/03.pdf>.
- ESEL (2014). *Regulamento de Mestrado 2014*. Acedido a 10 Junho 2015, disponível em http://www..pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf.
- European Society of Cardiology (2009). *Recomendações de bolso da ESC: Revascularização do Miocárdio*. Acedido a 1 de Abril de 2015, disponível em http://www.spc.pt/FS/AreaCientifica/recomendacoes/revascularizacao_do_miocardio_v2010.pdf
- Extracorporeal Life Support Organization (2013). *Guidelines for Adult Respiratory Failure*. Extracorporeal Life Support Organization. Acedido a 2 Fevereiro 2016, disponível em http://www.else.org/Portals/0/IGD/Archive/FileManager/989d4d4d14cusersshy_erddocumentselsoguidelinesforadultrespiratoryfailure1.3.pdf.
- ESEL (2010). *Objetivos e Competências do CMEPSC*. Acedido a 10 de Novembro 2015, disponível em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- ESEL (2014). *Regulamento de Mestrado*. Acedido a 10 de Novembro 2015, disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf.
- Fernandes, I. A. (2010). Protocolos no serviço de urgência. *Nursing*, 22: 31-34.

- Fragata, J.I.G. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*,10:17-26.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Um futuro para a saúde- todos temos um papel a desempenhar*. Acedido a 25 de Abril 2016, disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/BrochuraSumarioFCGPortugues/index.html#/2/zoomed
- Gomes, A.O., Proenca, L., Carvalho, C., Aragão, I. & Antunes, R. (2014). The Emergency Room at the Center of the Emergency Chain Inside the Hospital [Abstract]. Acedido a 10 de Março 2016, disponível em https://www.researchgate.net/publication/275031177_THE_EMERGENCY_ROOM_AT_THE_CENTER_OF_THE_EMERGENCY_CHAIN_INSIDE_THE_HOSPITAL.
- Grossbach, I., Stranberg, S. & Chlan L. (2010).Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31 (3): 46-60.
- Grupo Português de Triage (2016). *Sistema de Triage De Manchester*. Acedido a 1 de Fevereiro 2016, disponível em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=15&Itemid=118.
- Hatchett, R. & Thompson, D. (2006). *Enfermagem Cardíaca - Um Guia Polivalente*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Howard, P.K., & Steinmann, R.A. (2011). *Enfermagem de Urgência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Lira, A.L.B.C., Araújo, W.M., Sousa, N.T.C., Frazão. C.M.F.Q & Medeiros A.B.A. (2012). Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13 (5): 1171-1181.

- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes* (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa.
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- Matos, A. & Sobral, A. (2010). Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 17 (1): 61-65.
- Mckinley, S., Nagy, N., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and Security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 27-36.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing – Development and progress* (4th edition). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, D.K.H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1): 12–28.
- Meleis, A.I. & Schumacher, K.L. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2): 119–127.
- Meleis, A.I., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42 (6): 255-259.
- Miguel, A. (2006). *Gestão Moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas* (2a Ed.). Lousã: FCA.
- Monahan, F.D., Sands, J.K., Neihbors, M., Marek, J.F. & Green, C.K. (2010). *Enfermagem Médico- Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (8a Ed.). Loures: Lusodidacta.
- OCDE (2015). *Health at a Glance 2015. Health: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Oliveira, M.L., Paula, T.R. & Freitas, J.B. (2007). Evolução histórica da assistência de enfermagem. *ConScientiae Saúde*, 6 (1): 127-136.

- OMS (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor- Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 15 de Janeiro de 2016, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Acedido a 10 de Janeiro 2016, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE versão 2: classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0*. Loures: Lusodidacta.
- Pinto, T. & Pires, M. (2009). TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) e sua capacidade prognóstica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16 (2): 11-15.
- Pivoto, F.L., Filho, W. D. L., Santos, S.S.C., Almeida, M. A. & Silveiras, R.S. (2010). Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (5): 665-670.
- Plano de Formação do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica (2013-2014).
- Ponte, J.P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, 25, 105-132.

- Pritchard, M. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25 (51): 35-39.
- Rocha, V. Z. & Libby, P. (2005). Biologia vascular da aterosclerose e complicações agudas do ateroma. In: Nobre, F. & Serrano, J. C. V. (Coords). *Tratado de cardiologia SOCES* (pp.541-554). São Paulo: Manole.
- Ruivo, M.A., Ferrito, C.& Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15: 1-37.
- Santos, J., Henckmeier, L.& Benedet, S.A. (2011). O impacto da orientação pré operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em foco*, 2 (3): 184-187.
- Santos, A.P.A., Laus A.M. & Camelo, S H.H. (2015). O trabalho da enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 40 (1): 45-52.
- Shih, F.J., Meleis, A.I., YU, P.J., Hu, W.Y., Lou, M.F. & Huang, G.S. (1998). Taiwanese patient's concerns and coping strategies: Transition to cardiac surgery. *Heart & Lung*, 27 (2): 82-98.
- Soares, M.L.C. (2012). *O Therapeutic Scoring System 28, a importância do seu registo numa Unidade de Cuidados*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Acedido a 1 de Abril 2016, disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76052/2/15928.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Acedido a 15 de Dezembro 2015, disponível em http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf.
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 33 (3): 68-78.
- Souza, R. H. (2004). *Sentimentos e percepções do cliente no Pré-operatório de Cirurgia Cardíaca*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição). Loures: Lusociência.
- Vargas, T.V.P., Maia, E.M. & Dantas, R.A.S. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (3). Acedido a 10 de Abril 2016, disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a12.pdf.
- Vegni, R., Almeida, G.F., Braga, F., Freitas, M., Drumond, L.E., Penna, G...& Japiassú, A.M. (2008). Complicações pós cirurgia de revascularização miocárdica em pacientes idosos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20 (3): 226-234.
- Wijns, W., Kolh, P., Danchin, N., Di Mario, C., Falk, V. Taggart, D. (2011). Recomendações sobre revascularização do miocárdio. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 30: 951-1005.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3): 25-32.

ANEXOS

ANEXO I- Certificado de Presença 3º Encontro Enfermagem em Emergência

3º EEE encontro de enfermagem de emergência

1º encontro
de
enfermeiros
especialistas
em
Pessoa em
situação
crítica



Certificado Participação

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica a sua participação no
3º Encontro de Enfermagem de Emergência |

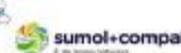
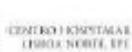
1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica,
promovida nos dias 20 e 21 de Novembro de 2015, na
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Parque das Nações



Tânia Sofia Fernandes Esteves

O Presidente da
Associação Portuguesa de Enfermeiros:

Patrocínios:



ANEXO II - Certificado - " Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE 2"

Certificado de Formação Profissional

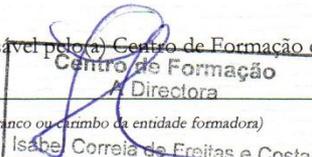
Certifica-se que Tânia Sofia Fernandes Esteves natural de Monção nascida em 02/06/1984, com o N.º de Cartão de Cidadão 12523077 0ZY1 válido até 04/10/2020, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE versão 2.0 no em 30/11/2015, com a duração de 18:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Apresentação tema. Contextualização do Projeto Institucional: Etapas implementação;Resumo Mínimo Dados;Qualidade cuidados e Indicadores em Enfermagem	1:00	-
Sistemas de Informação e Classificações em Enfermagem: Informatização em Saúde; Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	1:00	-
CIPE 2.0: Definição 7 eixos; Construção enunciados: diagnósticos, intervenções e resultados Enfermagem; Reflexão sobre áreas sensíveis aos cuidados	1:00	-
Desktop de Enfermagem: Colheita de dados; Descodificação de conceitos; Codificação de conceitos; Plano de cuidados; Histórico e Resumo de Enfermagem	1:00	-
Desktop de Enfermagem: Pressupostos sobre Educação para a Saúde; Plataforma de Dados em Saúde; Pressupostos para Continuidade de Cuidados	1:00	-
Desktop de Enfermagem: Treino na utilização do desktop de Enfermagem	12:00	-
Avaliação	1:00	-
Nota Final		17

Lisboa, 25 de janeiro de 2016

O(A) Responsável pelo(a) Centro de Formação do C

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora)


Centro de Formação
A Directora
Isabel Correia de Freitas e Costa

APÊNDICES

APÊNDICE I- Atividades executadas em SU

Objetivos	Atividades
<p>Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa que vivência processos complexos de doença crítica e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica em base de dados (EBSCO, SCIELO, MEDLINE) sobre os cuidados a prestar à PSC; • Pesquisa bibliográfica na biblioteca da ESEL; • Consulta de protocolos e <i>guidelines</i> existentes no SU; • Consulta de manuais de enfermagem no SU; • Conhecimento da estrutura física, organização da equipa multidisciplinar que presta cuidados à PSC;
<p>Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em PSC e à sua família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação e reflexão crítica sobre a prática dos cuidados prestados à PSC no SU; • Reflexão sobre a dinâmica deste serviço, nomeadamente o estabelecimento de prioridades - MTS; • Colaboração na prestação de cuidados à PSC • Elaboração de Jornal de Aprendizagem sobre MTS; • Participação no 3º Encontro de Enfermagem de Emergência; • Frequência do Curso Complementar "Processo de Enfermagem Informatizado CIPE 2".

APÊNDICE II- Atividades executadas em UCI-CCT

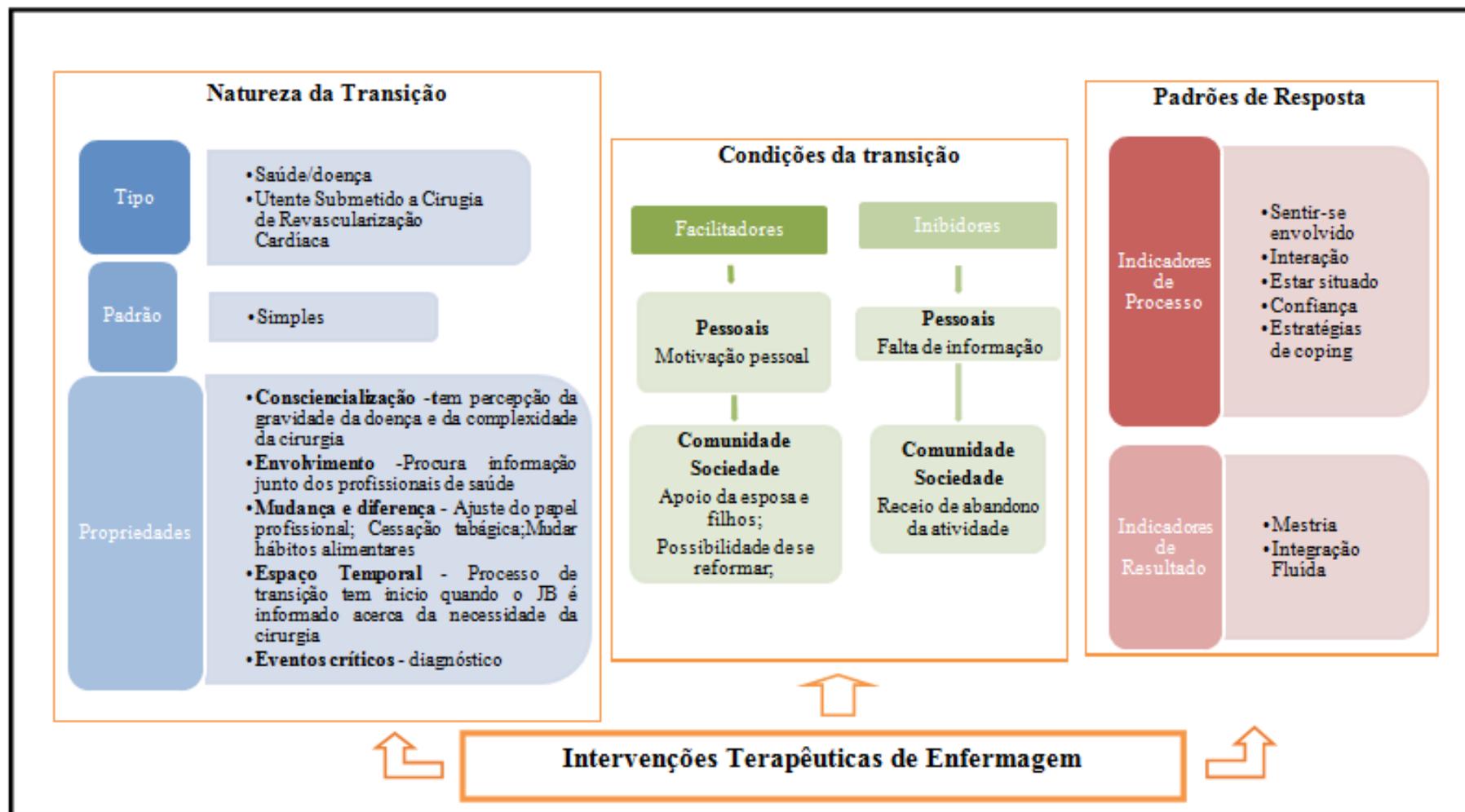
Objetivos	Atividades
<p>Adquirir conhecimentos baseados em evidência científica, relacionados com cuidados a prestar à pessoa submetida a CRC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica em base de dados (EBSCO, SCIELO, MEDLINE) sobre os cuidados a prestar à pessoa submetida a CRC; • Realizar pesquisa bibliográfica na biblioteca da ESEL; • Consulta de protocolos e <i>guidelines</i> existentes na UCI-CCT;
<p>Compreender quais os cuidados especializados de enfermagem a prestar à pessoa submetida a CRC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de manuais de enfermagem da UCI-CCT; • Observação crítica da prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar à pessoa submetida a CRC; • Colaboração na prestação de cuidados à pessoa submetida a CRC; • Observação o procedimento cirúrgico em Bloco Operatório; • Elaboração de norma "Cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório de Cirurgia Cardíaca".

Objetivos	Atividades
<p>Integrar o processo de Enfermagem na prestação de cuidados especializados e individualizados à pessoa submetida a cirurgia de revascularização cardíaca</p>	
<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a cirurgia de revascularização cardíaca</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UCI-CCT; • Consulta de protocolos e <i>guidelines</i> existentes na UCI-CCT; • Consulta de manuais de enfermagem; • Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica; • Identificação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados à pessoa submetida a CRC; • Prestação de cuidados especializados técnicos de alta complexidade a PSC sob suporte de ECMO; • Gestão diferenciada da dor na PSC; • Realização de registos de enfermagem, claros, concisos, individualizados em sistema informático da UCI-CCT; • Identificação precoce de possíveis complicações; • Acompanhamento de consulta de enfermagem pré-operatória.

Objetivos	Atividades
<p>Refletir criticamente sobre a intervenção do enfermeiro especialista na pessoa submetida a cirurgia de revascularização cardíaca</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação crítica da prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar à pessoa submetida a CRC; • Realização de reuniões formais e informais com enfermeiro orientador para análise de situações e partilha de ideias; • Estabelecimento de comunicação eficaz (clara, objetiva e adequada ao nível de conhecimentos) com a pessoa e família; • Acompanhamento de Consulta de enfermagem Pré-Operatória;
<p>Refletir criticamente sobre o significado e impacto da cirurgia de revascularização cardíaca na pessoa e na família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de estudo de caso; • Planeamento de sessão de formação "Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a Cirurgia Revascularização Cardíaca"; • Elaboração de folheto "Guia orientador: Pessoa submetida a Cirurgia de Revascularização Cardíaca.

APÊNDICE III- Esquema de análise do processo de transição do cliente JB

Vivência do Processo de Transição do Sr. JB Submetido a Cirurgia de Revascularização Cardíaca



**APÊNDICE IV- Norma "Cuidados de Enfermagem no Pré e Pós-operatório de
Cirurgia Cardíaca"**

	Serviço de Cirurgia Cardiorácica
NORMA Nº Cuidados de Enfermagem à pessoa no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca	
Elaborado por: Tânia Esteves (Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);	Aprovado: ___/___/___ Enfermeira Chefe:

1º Âmbito

Aplica-se a todos os enfermeiros, do Hospital X que prestam cuidados especializados e individualizados à Pessoa no pré e pós-operatório de Cirurgia Cardíaca.

2º Responsabilidade

De todos os enfermeiros do Hospital X que acompanham o processo de transição da pessoa no pré e pós-operatório de Cirurgia Cardíaca.

3º Objetivos

- ✓ Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados no pré e pós-operatório de Cirurgia Cardíaca;
- ✓ Diminuir o risco de complicações associadas à Cirurgia Cardíaca.

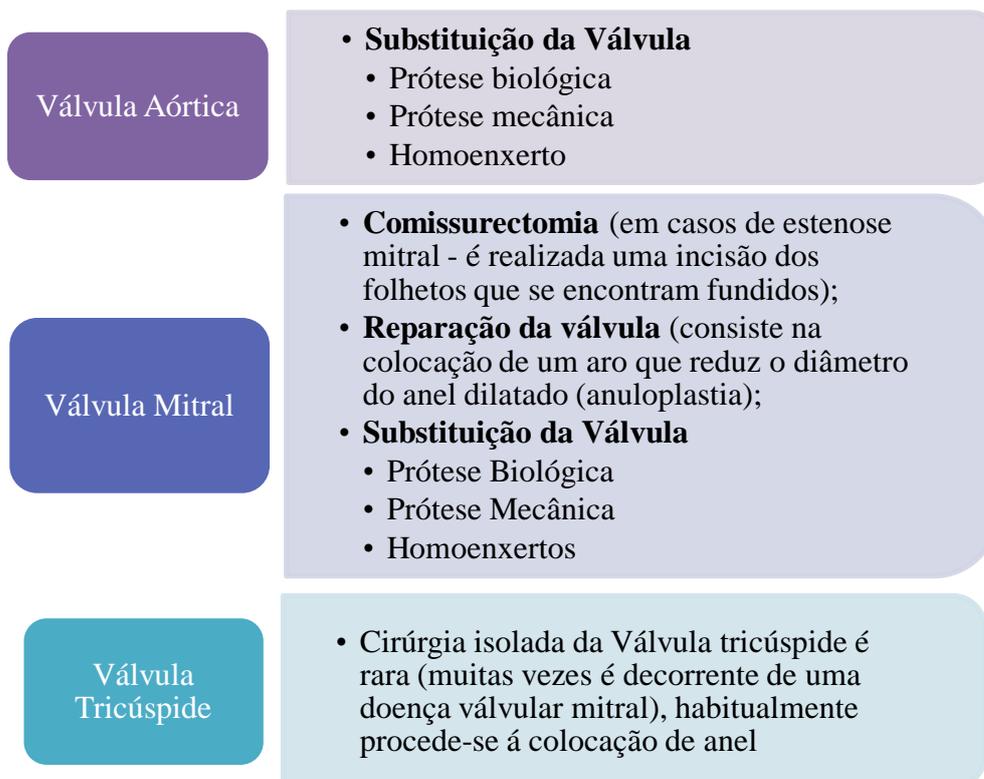
4º Descrição

Desde a primeira metade do século XX, a doença cardiovascular é a principal causa de morte na maior parte do mundo industrializado (Rocha & Libby, 2005). Atualmente, de acordo com Direção Geral de Saúde (2013), as doenças cardiovasculares constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo em Portugal. Nas duas últimas décadas tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade destas doenças, fenómeno atribuído a estratégias preventivas, disponibilização de novos fármacos e técnicas inovadoras, mas sobretudo a uma substancial melhoria das condições organizativas, permitindo uma precoce resposta da emergência pré-hospitalar e um correto e atempado encaminhamento

(reforço operacional dos meios) para os locais onde os melhores tratamentos podem ser administrados. A Cirurgia Cardíaca é um dos procedimentos que mais evoluiu, contribuindo de forma decisiva para a diminuição da morbidade e mortalidade associadas às doenças cardiovasculares. Os procedimentos cirúrgicos mais comuns são a revascularização cardíaca e a reparação e substituição valvular (aórtica, mitral).

A cirurgia de revascularização do miocárdio é o procedimento cirúrgico cardíaco mais comum que tende a aumentar devido ao elevado número de pessoas com doenças cardiovasculares (Hatchett & Thompson 2006). Consiste na aplicação de enxertos- *bypass*- promovem derivações aos vasos coronários de médio lúmen, a jusante da(s) lesão (ões) "crítica" (s), providenciando fontes extra de fluxo sanguíneo com nutrientes para o miocárdio e oferecendo proteção contra as consequências de novas lesões proximais obstrutivas" (Wijns et al, 2011,). A concretização da aplicação de "enxertos" é efetuada através da utilização de uma seção da veia ou artéria para desviar uma obstrução no vaso sanguíneo coronário nativo.

Relativamente à cirurgia valvular existem diversas alternativas consoante a válvula afetada (RothRock 2008):



A forma mais tradicional de Cirurgia Cardíaca consiste numa abordagem através de esternotomia mediana e implica cardioplegia por frio, em que a atividade cardíaca é interrompida, realizando-se um *bypass* cardiopulmonar através de uma máquina de circulação extracorporeal (CEC) (Monahan et al, 2010). Uma das maiores preocupações relacionadas à cirurgia com CEC é o processo inflamatório por esta desencadeada. O trauma cirúrgico e a CEC ativam a resposta inflamatória sistémica, caracterizada por alterações clínicas na função ventricular, pulmonar, renal, distúrbios da coagulação, suscetibilidade a infeções, alterações da permeabilidade vascular, aumento de líquidos a nível intersticial, leucocitose, vasoconstrição e hemólise. A mortalidade e morbidade desta cirurgia são, em grande parte, atribuídas ao uso da CEC, à paragem cardíaca total e à hipotermia. Existe preocupação com a libertação de micro êmbolos, com a resposta inflamatória sistémica, a hemodiluição, a heparinização, a depressão miocárdica pós-reperusão e problemas de cicatrização motivados pela hipotermia. (Blacher & Ribeiro, 2003). Atualmente estão a ser efetuados múltiplos *bypass* por esternotomia mediana, mas sem utilizar cardioplegia nem CEC, uma vez que este tipo de procedimento tem reduzido a incidência de complicações pós-operatória (Monahan et al, 2010).

A cirurgia cardíaca é um procedimento invasivo de grande envergadura com impacto significativo na pessoa e família. No pós-operatório imediato o cliente encontra-se sob ventilação mecânica invasiva, necessitando de uma rigorosa monitorização hemodinâmica de forma a promover a sua recuperação e a deteção precoce de eventuais complicações, mantendo-se habitualmente até 48h na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCI-CCT). Após este período a pessoa é transferida para a enfermaria onde vai continuar a sua recuperação continuando a necessitar de cuidados especializados para detetar de forma precoce complicações e a preparar atempadamente a alta hospitalar.

5° Atividades

Preparação Pré-operatória	
Na véspera da cirurgia	<ul style="list-style-type: none">• O cliente deve realizar a sua higiene pessoal com solução aquosa de clorhexidina a 4%;• Informar o cliente que não deve colocar creme ou perfume após os cuidados de higiene;• Após realizar a sua higiene oral habitual, deve usar antisséptico oral (clorhexidina, solução oral a 0,2%).• O cliente deve realizar a higienização das fossas nasais com a instilação de Soro Fisiológico a 0,9% (10mL);• Ao pequeno-almoço administrar 30mg lactulose;• No final da tarde, caso o cliente ainda não tenha evacuado administrar dois citratos de sódio via rectal;• Iniciar preenchimento da <i>Check List</i> Pré-operatória (Apêndice I)
No dia da Cirurgia	<ul style="list-style-type: none">• O cliente deve cumprir jejum desde as 0h;• O cliente deve realizar cuidados de higiene como na véspera (corporal, oral e fossas nasais);• Colocar meias de contenção elástica (exceto em clientes com diagnóstico de doença coronária ou doença arterial periférica);• Caso exista indicação de administração de soroterapia, puncionar acesso periférico preferencialmente no antebraço direito, com cateter nº 18 G e local mais distal possível;• Verificar se <i>Check List</i> Pré-Operatória está corretamente preenchida.

Cuidados de Enfermagem no dia 3º do Pós- operatório até à alta hospitalar	
Resultados Esperados	Intervenções
Via aérea permeável	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar/vigiar padrão respiratório; • Vigiar e monitorizar oximetrias digitais; • Desmame precoce de oxigenoterapia; • Ensinar/estimular tosse eficaz: (ao tossir contenção do tórax - "abraçar o peito"); • Colocar colete torácico (se necessário); • Realizar levante diário; • Aspiração de secreções em SOS;
Manutenção de sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, respiração) dentro dos parâmetros expectáveis para o indivíduo: PAM entre 70-90mmHg; FC 70-100bpm; Fresp 12-20ciclos/min; temperatura timpânica 36º-37,5ºC	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de sinais vitais 1vez por turno; • Monitorização oximetria digital; • Oxigenoterapia para saturações digitais superiores a 95% (excepto para clientes com patologia obstrutiva); • Manter drenos torácicos em drenagem ativa de baixa pressão (entre 5 a 7 kPa); • Vigiar a quantidade e características do líquido eliminado pelos drenos (quantificar nível de 100 em 100ml); • Retirar drenos ao 3ºdia de pós-operatório (caso não exista contra-indicação).
Cicatrização das feridas cirúrgicas (esternectomia, safenectomia e local de inserção de drenos) por primeira intenção.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pensos das suturas cirúrgicas (esternotomia/safenectomia e drenos),a cada 48h; realizando limpeza com soro fisiológico (de acordo com Norma Prevenção da Infecção do local Cirúrgico); • Vigiar a evolução cicatricial e a presença de sinais inflamatórios; • Exposição precoce da suturas operatória; • Após a sutura ficar exposta realizar limpeza

	<p>diária com soro fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar agrafos alternados de suturas cirúrgicas ao 8º dia de pós-operatório e os restantes ao 10º dia (excepto se cliente obeso ou a sutura apresentar sinais de dificuldade cicatricial); • Vigiar a integridade dos fios de <i>pacemaker</i> (devem ser retirados ao 5º dia de pós-operatório pelo cirurgião cardíaco (caso não exista contra-indicação)).
<p>Controlo de risco de Infecção</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de equipamento de proteção individual aquando da prestação de cuidados (máscara, luvas e avental); • Realizar banho com solução desinfetante (clorhexidina 4% sabão líquido); • Realizar pensos de CVC, e de acessos periféricos com desinfeção com clorhexidina solução alcoólica 2% (a cada 2 dias se penso com compressa, ou a cada 7 dias se penso transparente), de acordo com Norma Prevenção de Infecção relacionadas com cateteres vasculares elaborada pelo GCL-PPCIRA⁴³; • Substituição de acessos venosos periféricos a cada 3 dias; • Retirar precocemente sonda vesical (se não for possível substituição de sonda vesical ao 7º dia);

⁴³Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos

<p>Controlo da Dor</p>	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação da dor utilizando escala que mais se adequa ao cliente (Escala Numérica da Dor ou Escala Visual Analógica)• Administração de analgesia (conforme prescrição);• Massagem de conforto;• Controlo do ambiente, promovendo conforto: identificar posição antiálgica; controlo do ambiente (ruído e luminosidade);• Melhoria do sono;
<p>Evitar o aparecimento das consequências fisiológicas da imobilidade</p>	<ul style="list-style-type: none">• Realizar levante precoce (caso não exista contraindicação deve ser realizado nas primeiras 24h);• Incentivar mobilizações ativas;• Incentivar deambulação (caso não haja contraindicação);• Utilizar meias de contenção elástica no primeiro mês de pós-operatório (se a mobilidade do cliente for reduzida).

Ensinos para a Alta Hospitalar

(Royal College of Surgeons, s.d.; Aroesty, 2014).

Cuidados de higiene	<ul style="list-style-type: none">• Se as cicatrizes operatórias não apresentarem alterações pode auto cuidar-se da forma habitual.
Alimentação	<ul style="list-style-type: none">• Deve cumprir uma dieta saudável:<ul style="list-style-type: none">○ Evitar fritos e alimentos gordos;○ Reduzir a ingesta de sal e açúcar (e alimentos açucarados);○ Alimentar-se de 3 em 3 horas;○ Ingerir cerca de 1,5L de água por dia (expeto pessoas com doença renal);○ Evitar ingesta de bebidas alcoólicas.• Deve pesar-se regularmente de modo a atingir/manter um IMC adequado (se necessário contactar nutricionista).
Cuidados com as suturas/ cicatrizes operatórias	<ul style="list-style-type: none">• Despistar sinais de infeção:<ul style="list-style-type: none">○ Calor, rubor ou edema○ Aumento de dor local;○ Presença de exsudado;○ Deiscência;• Se identificar algum destes sinais deverá contactar o serviço;• Se não apresentar sinais inflamatórios deve aplicar creme hidratante (cicatriz sem agafos) - o creme hidratante facilita o destacamento de crostas;• Não deve expor ao sol as cicatrizes operatórias durante um mês (se efetuar exposição deve aplicar protetor solar de ecrã total).

<p>Postura</p>	<ul style="list-style-type: none">• Abraçar o tórax sempre que necessitar de tossir, de se mobilizar no leito ou levantar.• O esterno demora cerca de seis semanas a cicatrizar, durante este período evite esforços;• Usar meias de contenção elástica (promove circulação sanguínea e reduz edema);• Evitar sentar e cruzar pernas por períodos prolongados (elevação dos membros ajuda na redução do edema).
<p>Atividades domésticas/ Regresso ao trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none">• Nos primeiros dias que regressa a casa é normal que a pessoa se sinta limitações de mobilidade;• Deve introduzir gradualmente as suas atividades diárias distribuindo-as ao longo do dia;• Pode regressar gradualmente ao trabalho, podendo retomar de forma plena 8 semanas após a alta (conforme indicação médica).
<p>Condução/ viagens</p>	<ul style="list-style-type: none">• Evite conduzir após alta (devido à instabilidade do esterno);• Poderá conduzir 6 semanas após a alta (deverá fazê-lo acompanhado, uma vez que os seus reflexos poderão estar diminuídos) com validação médica;• Durante os primeiros 40 dias evite viagens superiores a 2 horas, não sendo possível deve interromper o trajeto e caminhar por curtos períodos.

<p style="text-align: center;">Desporto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na primeira semana apenas deve realizar pequenas caminhadas; • O tempo da caminhada deve ser quantificado e o aumento deve ser progressivo tendo em conta a tolerância ao esforço (plano sem inclinação); • Durante os primeiros 2 meses evitar esforços físicos: carregar malas, sacos ou crianças, correr, nada ou andar de bicicleta; • O regresso à atividade física deverá ser realizado após consulta com médico assistente.
<p style="text-align: center;">Medicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deve cumprir rigorosamente o regime terapêutico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborar um calendário de medicação de forma a manter o mesmo horário das tomas; ○ Em caso de esquecimento de toma de uma dose de medicação não compensar com uma toma extra; ○ Qualquer dúvida deve contactar o médico assistente.
<p style="text-align: center;">Relações Sexuais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O regresso à atividade sexual deverá ser de forma moderada e gradual assim que o mesmo se sinta capaz de o fazer (inicialmente optar por posições mais passivas).
<p style="text-align: center;">Sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deverá dormir pelo menos 8 horas por noite; • Poderá ser mais confortável dormir com a cabeceira elevada (devido à esternotomia).

6. Bibliografia

- Aroesty, J. M. (2014). *Patient information recovery after coronary artery bypass graft surgery (beyond the basics)*. (Disponível em www.uptodate.com/contents/recovery-after-coronary-artery-bypass-graft-surgery-cabg-beyond-the-basics?source=see_link, acessado a 1 de Fevereiro de 2016)
- Blacher, C. & Ribeiro, J. P. (2003). Cirurgia de Revascularização Miocárdica sem Circulação Extracorpórea: uma Técnica em Busca de Evidências. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 80 (6): 656-662.
- CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2015). *Norma Hospitalar*. Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico.
- CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2015). *Norma Hospitalar*. Prevenção da infeção relacionada com cateteres vasculares.
- Direção Geral de Saúde (2013). Doenças Cérebro - Cardiovasculares em Números - 2013. Lisboa: Letra Solúvel.
- Hatchett, R. & Thompson, D. (2006). *Enfermagem Cardíaca - Um Guia Polivalente*. Lusociência: Loures.
- Monahan, F.D., Sands, J.K., Neihbors, M., Marek, J. F. & Green, C. K. (2010). *Enfermagem Médico- Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (8a Ed.). Lusodidacta: Loures.
- Rocha, V. Z.& Libby, P (2005). Biologia vascular da aterosclerose e complicações agudas do ateroma. In: Nobre, F. & Serrano, J. C. V. (Coords). *Tratado de cardiologia SOCES*(pp.541-554). São Paulo: Manole.
- Rothrock, J.C. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (13ª Ed.). Loures: Lusociência.

Royal College of Surgeons (S.d.). *Get well soon. Helping you to make a speedy recovery after surgery to bypass a damaged blood vessel that supplies blood to the heart.* (disponível em <https://www.rcseng.ac.uk/patients/recovering-from-surgery/cabg/documents/Coronary%20Artery%20Bypass%20Graft.pdf>, acedido a 1 de Fevereiro de 2016)

Wijns, W., Kolh, P., Danchin, N., Di Mario, C., Falk, V. Taggart, D. (2011). Recomendações sobre revascularização do miocárdio. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 30, 951-1005.

APENDICE I - *CHECK LIST* PRÉ-OPERATÓRIA

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE (Vinheta)	Serviço _____ Cama _____ Diagnóstico _____ _____ Intervenção Cirúrgica _____ _____			
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA ___/___/___			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">SIM</th> <th style="width: 25%;">NÃO</th> <th style="width: 50%;">OBSERVAÇÕES</th> </tr> </thead> </table>	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES		
Reserva de componentes sanguíneos/ tipagem				
Exames complementares de diagnóstico:				
<ul style="list-style-type: none"> • ECG • RX • Análises de sangue (bioquímica, hemograma, coagulação) • Provas de função respiratória • Eco doppler carotídeo • Outros (especificar) 				
Alergias (especificar)				
Suspendeu medicação anticoagulante/antiagregante				
Cuidados de higiene (conforme protocolo)				
<ul style="list-style-type: none"> • Véspera da Cirurgia • Dia da Cirurgia 				
Preparação intestinal conforme Protocolo				
<ul style="list-style-type: none"> • Véspera da Cirurgia • Dia da Cirurgia 				
Manter jejum desde as 00h do dia da cirurgia				
Retirar próteses/ortoses				
<ul style="list-style-type: none"> • Dentárias • Auditivas • Oculares • Outras 				
Retirar adornos (joias, ganchos, verniz das unhas...)				
Contenção dos membros inferiores (excepto clientes com doença coronária/ Doença arterial periférica)				
Cateteres/sondas (especificar data e local de colocação)				
<ul style="list-style-type: none"> • Cateteres venosos • Algália • Outros (especificar) 				

**APÊNDICE V- Sessão de formação: "Cuidados de Enfermagem à Pessoa
Submetida a Cirurgia de Revascularização Cardíaca"**



CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO CARDÍACA

Elaborado por: Tânia Sofia Fernandes Esteves
Orientador: Professor João Veiga

1

SUMÁRIO

- Objetivos
- Pertinência da Temática
- Preparação Pré-Operatória
- Cuidados de Enfermagem no 3º dia de Pós-operatório até a alta hospitalar
- Ensinos para a Alta Hospitalar
- Considerações Finais

2

OBJETIVOS

- No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:
 - Compreender a importância da prestação de cuidados especializados à pessoa submetida a cirurgia de revascularização cardíaca;
 - Identificar quais os principais cuidados de enfermagem (pré e pós-operatório) à pessoa submetida a cirurgia de revascularização cardíaca;
 - Conhecer a *Check List* Pré-Operatória;
 - Sistematizar quais os principais ensinamentos a realizar para a alta hospitalar.

3

PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

De acordo com DGS (2013) as doenças cardiovasculares constituem a maior causa de morte em toda a Europa, incluindo Portugal;

A revascularização do miocárdio é um dos pilares no tratamento da doença coronária há quase meio século (ESC, 2009);

Por ano realizam-se a nível mundial cerca de 800mil Cirurgias de Revascularização Cardíaca (OMS, 2010).

4

PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA (cont.)

A pessoa submetida a *bypass* das artérias coronárias apresentam uma hospitalização média de 4 a 6 dias, sendo que nas primeiras 12 a 24h pós cirurgia necessitam de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (Monahan et al, 2010; Hatchett & Thompson 2006).

O pós-operatório de uma cirurgia cardíaca exige a presença constante de uma equipa multidisciplinar permitindo uma observação contínua e rigorosa

- deteção precoce de eventuais complicações
- promover uma adequada recuperação

(Guimarães et al, 2010).

5

PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA (cont.)

Para uma prestação de cuidados diferenciados o enfermeiro precisa de desenvolver habilidades e competências cognitivas, técnicas, organizacionais e de relação interpessoal (Duarte, Stipp, Mesquita & Silva (2012).

Domínio de conhecimentos/ competências de áreas diversas como :ventilação mecânica, equilíbrio hemodinâmico e eletrolítico, promoção do conforto, controlo da dor e comunicação eficaz com o utente e família (Duarte et al, 2012; Pivoto et al, 2010)

Cuidados prestados por Enfermeiros Especializados em Cirurgia Cardíaca diminui o tempo de internamento e custos associados (Foster, 2012)

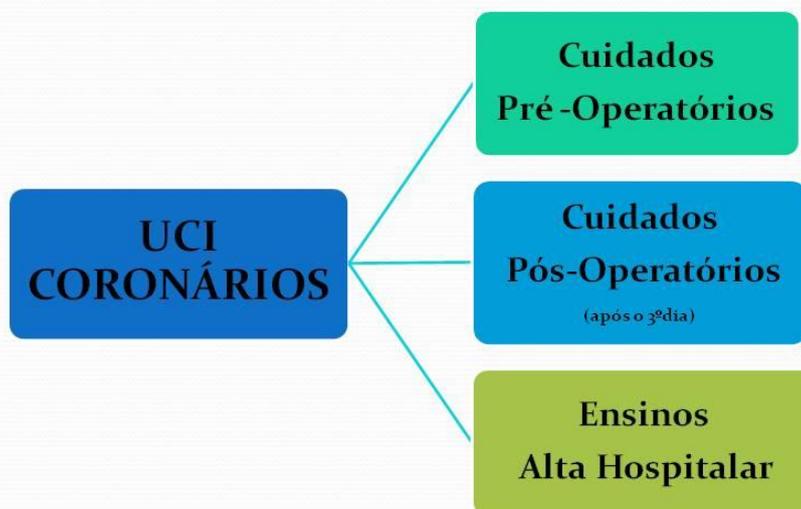
6

PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA (cont.)



7

PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA (cont.)



8

PREPARAÇÃO PRÉ - OPERATÓRIA

9

NA VÉSPERA DA CIRURGIA

-  Realizar higiene pessoal com sabão líquido (clorhexidina 4%);
-  Informar cliente para não colocar creme ou perfume após os cuidados de higiene;
-  Após higiene oral habitual deve usar antisséptico oral (clorhexidina solução oral 0,2%);
-  Higienização das fossas nasais com SF 0,9% (10ml);

10

NA VÉSPERA DA CIRURGIA (CONT.)

- 📌 Ao pequeno almoço administrar 30 mg de lactulose;
- 📌 No final da tarde, caso o utente não tenha evacuado, administrar 2 micro clisteres de citrato de sódio;
- 📌 O jantar deve apenas ser composto de sopa e fruta;
- 📌 Iniciar preenchimento da *Check List* Pré-Operatória.

11

CHECK –LIST PRÉ-OPERATÓRIA

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIA			
IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE (Visitar)	Serviço _____	Casa _____	
	Diagnóstico _____		
	Intervenção Cirúrgica _____		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA _____/_____/_____		
	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Reserva de componentes sanguíneos: tipagem			
Exames complementares de diagnóstico:			
• ECG			
• RX			
• Análises de sangue (bioquímica, hemograma, coagulação)			
• Provas de função respiratória			
• Eco doppler carotídeo			
• Outros (especificar)			
Alergias (especificar)			
Suspender medicação anticoagulante antiagregante			
Cuidados de higiene (conforme protocolo)			
• Véspera da Cirurgia			
• Dia da Cirurgia			
Preparação intestinal conforme Protocolo			
• Véspera da Cirurgia			
• Dia da Cirurgia			
Manter jejum desde as 00h do dia da cirurgia			
Retirar próteses ortotésicas			
• Dentárias			
• Auditivas			
• Oculares			
• Outras			
Retirar adornos (ólas, ganchos, verniz das unhas...)			
Contenção dos membros inferiores (exceto aqueles com doença coronária, Doença arterial periférica)			
Cáteteres sondas (especificar data e local de colocação)			
• Cáteteres venosos			
• Algias			
• Outros (especificar)			

12

NO DIA DA CIRURGIA

- 📌 Cliente deve cumprir jejum desde as 00h;
- 📌 Cliente deve realizar cuidados de higiene como na véspera da cirurgia (corporal, oral e fossas nasais);
- 📌 Puncionar acesso periférico (caso haja indicação –antebraço direito);
- 📌 Verificar se *Check List* Pré-Operatória está corretamente preenchida;

13

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DO 3º DIA PÓS-OPERATÓRIO ATÉ À ALTA HOSPITALAR

14

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Via aérea permeável	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar/vigiar padrão respiratório; • Vigiar e monitorizar oximetrias digitais; • Desmame precoce de oxigenoterapia; • Ensinar/estimular tosse eficaz: (ao tossir abraçar o peito); • Colocar colete torácico; • Realizar levante diário; • Aspiração de secreções em SOS;

15

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Manutenção de sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, respiração) dentro dos parâmetros expectáveis para o indivíduo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de sinais vitais 1vez por turno; • Monitorização oximetria digital; • Oxigenoterapia para saturações digitais superiores a 95%; • Manter drenos torácicos em drenagem ativa de baixa pressão (entre 5 a 7 kPa); • Vigiar a quantidade e características do líquido eliminado pelos drenos; • Retirar drenos ao 3ºdia de pós-operatório (caso não existe contra-indicação).

16

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Cicatrização das feridas cirúrgicas (esternectomia, safenectomia e local de inserção de drenos) por primeira intenção.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pensos de suturas cirúrgicas (esternectomia/safenectomia e drenos), a cada 48h; realizando limpeza com soro fisiológico (de acordo com Norma Prevenção da Infecção do local Cirúrgico); • Vigiar a evolução cicatricial e a presença de sinais inflamatórios; • Exposição precoce da suturas operatória; • Após a sutura ficar exposta realizar limpeza diária com soro fisiológico;

17

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Cicatrização das feridas cirúrgicas (esternectomia, safenectomia e local de inserção de drenos) por primeira intenção.	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar agrafos alternados de suturas cirúrgicas ao 8º dia de pós-operatório e os restantes ao 10º dia • Vigiar a integridade de fios de <i>pacemaker</i> (devem ser retirados ao 5º dia de pós-operatório pelo cirurgião cardíaco (caso não exista contra-indicação)).

18

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
<p>Controlo de risco de Infeção</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de equipamento de proteção individual aquando da prestação de cuidados (máscara, luvas e avental); • Realizar banho com solução desinfetante (clorohexidina 4% sabão líquido); • Realizar pensos de CVC, e de acessos periféricos com desinfeção com clorohexidina solução alcoólica 2% (a cada 2 dias se penso com compressa, ou a cada 7 dias se penso transparente), de acordo com Norma elaborada pelo GCL-PPCIRA;

19

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
<p>Controlo de risco de Infeção</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Substituição de acessos venosos periféricos a cada 3 dias; • Retirar precocemente sonda vesical (se não for possível substituição de sonda vesical ao 7º dia);

20

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Controlo da Dor	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da dor utilizando escala que mais se adequa ao utente (Escala Numérica da Dor ou Escala Visual Analógica) • Administração de analgesia (conforme prescrição); • Massagem de conforto; • Controlo do ambiente, promovendo conforto: identificar posição antiálgica; controlo do ambiente (ruído e luminosidade); • Melhoria do sono;

21

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Evitar o aparecimento das consequências fisiológicas da imobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar levante precoce (caso não exista contraindicação deve ser realizado nas primeiras 24h); • Incentivar mobilizações ativas; • Incentivar deambulação (caso não haja contraindicação); • Utilizar meias de contenção elástica no primeiro mês de pós-operatório

22

ENSINOS PARA A ALTA HOSPITALAR

Alimentação

- **Deve cumprir dieta saudável:**
 - Evitar fritos e alimentos gordos;
 - Reduzir a ingesta de sal e açúcar;
 - Alimentar-se de 3 em 3 horas ;
 - Ingerir cerca de 1,5l de água por dia (excepto pessoas com doença renal);
 - Evitar ingesta de bebidas alcoólicas;
- Deve pesar-se regularmente de modo a atingir/manter IMC adequado (se necessário contactar nutricionista).

23

ENSINOS PARA A ALTA HOSPITALAR

Cuidados com as suturas cicatrizes operatórias

- **Despistar sinais de infeção:**
 - Calor, rubor ou edema;
 - Aumento de dor local;
 - Presença de exsudado;
 - Deiscência;
- Se identificar algum destes sinais deverá contactar o serviço ou médico;
- Se não apresentar sinais inflamatórios deve aplicar creme hidratante (cicatriz sem agrafos) - o creme hidratante facilita o destacamento de crostas;
- Não deve expor ao sol as cicatrizes operatórias durante um mês;

24

ENSINOS PARA A ALTA HOSPITALAR

Postura

- Abraçar o tórax sempre que tossir, mobilizar no leito e levantar;
- O esterno demora cerca de dois meses a cicatrizar, durante este período evite esforços;
- Usar meias de contenção elástica (promove circulação sanguínea e reduz edema);
- Evitar sentar e cruzar pernas por períodos prolongados (elevação dos membros ajuda na redução do edema).

25

ENSINOS PARA ALTA HOSPITALAR (CONT.)

Atividades domésticas/ regresso ao trabalho

- Nos primeiros dias que regressa a casa é normal que a pessoa se sinta cansada;
- Deve introduzir gradualmente as suas atividades diárias distribuindo-as ao longo do dia;
- Pode regressar gradualmente ao trabalho, podendo retomar de forma plena 8 semanas após a alta.

Condução/ viagens

- Evite conduzir após alta (devido à instabilidade do esterno);
- Poderá conduzir 6 semanas após a alta;
- Durante os primeiros 40 dias evite viagens superiores a 2 horas.

26

ENSINOS PARA ALTA HOSPITALAR (CONT.)

Desporto

- Na primeira semana apenas deve realizar pequenas caminhadas;
- O tempo da caminhada deve ser quantificado e o aumento deve ser progressivo tendo em conta a tolerância ao esforço;
- Durante os primeiros 2 meses evitar esforços físicos: carregar malas, sacos ou crianças, correr, nada ou andar de bicicleta;
- O regresso à atividade física deverá ser realizada após consulta com médico assistente.

27

ENSINOS PARA ALTA HOSPITALAR (CONT.)

Medicação

- **Deve cumprir rigorosamente o regime terapêutico:**
 - Elaborar um calendário de medicação de forma a manter o mesmo horário das tomas;
 - Em caso de esquecimento de toma de uma dose de medicação não compensar com uma toma extra;
 - Qualquer dúvida deve contactar o médico assistente.

Relação Sexual

- Deverá ser iniciada de forma moderada e gradual, assim que o utente se sinta capaz de o fazer (inicialmente optar por posições mais passivas).

28

ENSINOS PARA ALTA HOSPITALAR (CONT.)

Sono

- Deverá dormir pelo menos 8 horas por noite;
- Poderá ser mais confortável dormir com a cabeceira elevada (devido à esternotomia).

Cuidados de higiene

- Se as cicatrizes operatórias não apresentarem alterações pode auto cuidar-se de forma habitual.

29

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pessoas submetidas a cirurgia de revascularização cardíaca com internamento na UCI de Coronários

Pré-Operatório

Pós-Operatório

Cuidados diferenciados e especializados

Prevenir complicações

Promover recuperação

**Check List Pré-Operatória;
Cuidados Pós-Operatórios;
Ensino para Alta Hospitalar**



DÚVIDAS

SUGESTÕES



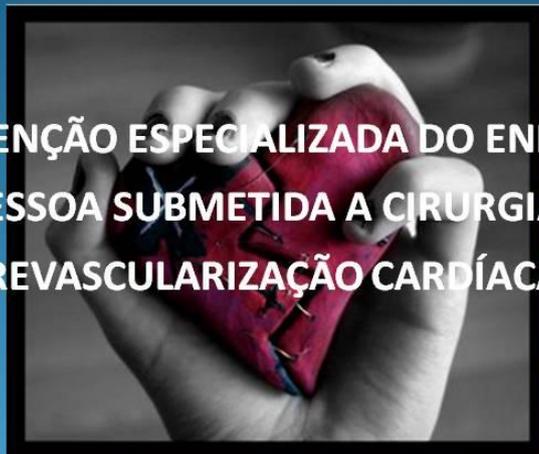
31

BIBLIOGRAFIA

- Aroesty, J. M. (2014). *Patient information recovery after coronary artery bypass graft surgery (beyond the basics)*. (Disponível em www.update.com/contents/recovery-after-coronary-artery-bypass-graft-surgery-cabg-beyond-the-basics/?source=see_link, acessado a 1 de Fevereiro de 2016)
- Blacher, C. & Ribeiro, J. P. (2003). Cirurgia de Revascularização Miocárdica sem Circulação Extracorpórea: uma Técnica em Busca de Evidências. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 30 (6): 656-662.
- CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (2015). *Norma Hospitalar: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*.
- CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (2015). *Norma Hospitalar: Prevenção da infeção relacionada com cateteres vasculares*.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Doenças Cerebro - Cardiovasculares em Números - 2013*. Lisboa: Letra Solúvel.
- Duarte, S. C. M., Stipp, M. A. C., Mesquita, M. G. R. & Silva, M. M. (2012). *O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso*. Acessado a 5 de Abril de 2015, disponível em: <http://www.scielo.br/acsoc/pdf/1981-2902-2012020017.pdf>
- European Society of Cardiology (2009). *Recomendações de bolso da ESC: Revascularização do Miocárdio*. Acessado a 1 de Abril, disponível em: http://www.escardio.org/Assets/Download/Documents/2009/ESC_Guide_to_Coronary_Heart_Disease.pdf
- Foster, S.S. (2012). Core Competencies required for the cardiac surgical nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 472-475.
- www.who.com
- Guimarães, R. C. M., Rabelo, E. R., Moraes, M. A. & Azzolin, K. (2010). *Gravidade de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma análise evolutiva segundo o TISS-28*. Acessado a 1 de Abril de 2015, disponível em <http://www.scielo.br/acsoc/pdf/1981-2902-2010040010.pdf>
- Hatchett, R. & Thompson, D. (2006). *Enfermagem Cardíaca - Um Guia Polivalente*. Lusociência: Loures
- Monahan, F.D., Sands, J.K., Neighbors, M., Marek, J.F. & Green, C. K. (2010). *Enfermagem Médico- Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (8a Ed.). Lusodidacta: Loures.
- Probo, F. L., Filho, W. D. L., Santos, S. S. C., Almeida, M. A. & Silveiras, R.S. (2010). Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (5), 665-70.

32

A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO CARDÍACA



Elaborado por: Tânia Sofia Fernandes Esteves

**APÊNDICE VI- Guia Orientador: "Pessoa submetida a Cirurgia de
Revascularização Cardíaca"**

GUIA ORIENTADOR

PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO CARDÍACA



**ESCLAREÇA TODAS AS SUAS DÚVIDAS
JUNTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**



CONTACTOS

Telefone Geral:

Telefone: (linha direta)

Telefone interno: extensão

Elaborado por Enfermeira Tânia Esteves (Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Passos em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

DESPORTO

- Na primeira semana apenas deve realizar pequenas caminhadas;
- O tempo da caminhada deve ser quantificado e o aumento deve ser progressivo tendo em conta a tolerância ao esforço (plano sem inclinação);
- Durante os primeiros 2 meses evitar esforços físicos: carregar malas, sacos ou crianças, correr, nada ou andar de bicicleta;
- O regresso à atividade física deverá ser realizado após consulta do médico assistente.



RELAÇÕES SEXUAIS

- O regresso à atividade sexual deverá ser de forma moderada e gradual assim que o mesmo se sinta capaz de o fazer (inicialmente optar por posições mais passivas).

SONO

- Deverá dormir pelo menos 8 horas por noite;
- Poderá ser mais confortável dormir com a cabeça elevada (devido à esternotomia).

Evite situações que lhe provoquem stress

STRESS

CUIDADOS DE HIGIENE

- Se as cicatrizes operatórias não apresentarem alterações pode auto cuidar-se de forma habitual

ALIMENTAÇÃO

- Deve cumprir uma dieta saudável:



- Evitar fritos e alimentos gordos;



- Reduzir a ingestão de sal e açúcar (e alimentos açucarados);



- Alimentar-se de 3 em 3 horas;

- Ingerir cerca de 1,5L de água por dia (exeto pessoas com doença renal);



- Evitar ingestão de bebidas alcoólicas.



- Deve pesar-se regularmente de modo a atingir/manter um IMC adequado (se necessário contactar nutricionista)



CUIDADOS COM AS SUTURAS/CICATRIZES OPERATÓRIAS

- Despistar sinais de infeção:

- Calor, vermelhidão ou inchaço
- Aumento de dor local;
- Presença de exsudado;
- Deiscência (bordos da sutura afastados);



- Se identificar algum destes sinais deverá contactar o serviço ou médico;

- Se não apresentar sinais inflamatórios deve aplicar creme hidratante (cicatriz sem agrafos) - o creme hidratante facilita o destacamento de crostas;

MEDICAÇÃO

- Deve cumprir rigorosamente o regime terapêutico (se tiver dúvidas contactar o seu médico)



POSTURA

- Abrace o seu tórax quando necessitar de tossir, mudar de posição ou levantar-se ;

- O esterno demora cerca de dois meses a cicatrizar, durante este período evite esforços;

- Usar meias de contenção elástica (promove circulação sanguínea e reduz inchaço das pernas);

- Evitar sentar e cruzar pernas por períodos prolongados (elevação dos membros ajuda na redução do inchaço).



ATIVIDADES DOMÉSTICAS REGRESSO AO TRABALHO

- Nos primeiros dias que regressa a casa é normal que a pessoa se sinta cansada;

- Deve introduzir gradualmente as suas atividades diárias distribuindo-as ao longo do dia;

- Pode regressar gradualmente ao trabalho, podendo retomar de forma plena 8 semanas após a alta (conforme indicação médica)



CONDUÇÃO/VIAGENS

- Evite conduzir após alta (devido à instabilidade do estemo);

- Poderá conduzir 6 semanas após a alta (deverá fazê-lo acompanhado, uma vez que os seus reflexos poderão estar diminuídos);

- Durante os primeiros 40 dias evite viagens superiores a 2 horas, não sendo possível deve interromper o trajeto e caminhar por curtos períodos .

- O regresso à atividade física deverá ser realizada após consulta com médico assistente.

NÃO FUME

- Fumar danifica gravemente os seus pulmões e o seu coração



