



**A EXCELÊNCIA DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
**EXCELLENCE OF CARE TO THE PERSON IN CRITICAL SITUATION**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Médico-cirúrgica

Por Sophie Rodrigues Loureiro

Lisboa, Dezembro de 2015



**Relatório de Estágio:**

**A EXCELÊNCIA DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
EXCELLENCE OF CARE TO THE PERSON IN CRITICAL SITUATION**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Médico-cirúrgica

Por Sophie Rodrigues Loureiro

Sob Orientação da Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, Maio de 2016

## **RESUMO**

A realização deste relatório enquadra-se no âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (MEEMC). O presente relatório reflete as vivências, descreve as experiências e os conhecimentos mais significativos, bem como a aquisição de competências no decurso do Estágio. O meu percurso em contexto de Estágio, decorreu em três momentos: Módulo I – Serviço de Urgência de um Hospital do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, – Modulo II – Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica de um Hospital do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e – Módulo III – Bloco Operatório de um Hospital do Centro Hospitalar Tondela Viseu.

O presente Relatório representa o culminar de um percurso muito diferenciado e engrandecedor no desenvolvimento de competências especializadas de natureza técnica, ética e relacional junto do Doente em estado crítico. Considero que atinge os objetivos a que me propus, nomeadamente contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolver competências na área da Segurança do Doente, da comunicação terapêutica com o Doente e família e da qualidade de Cuidados de Enfermagem nos diversos campos de Estágio.

A organização Institucional em Cuidados de Saúde, a gestão dos recursos materiais e Humanos e a organização da dinâmica das Equipas interdisciplinares representam um “Sistema maior”, que como um todo interdependente concorre para a Segurança do Doente e para a qualidade de Cuidados prestados. Cada elemento deste “Sistema maior” deve percecionar-se como uma parte fundamental desse todo.

O Enfermeiro na demanda constante pela Excelência de Cuidados deve assentar a sua ação numa filosofia da segurança do Doente e da qualidade de cuidados prestados. Porquanto, deve adotar uma postura responsável, que contribua para a sedimentação da identidade da Enfermagem como uma profissão autónoma, com cariz científico e com corpo de conhecimentos próprios que retratem a consignada excelência. A atenção do Enfermeiro Especialista deve ainda ir um pouco mais além, assumindo uma postura de Modelo para com os seus pares na prestação de Cuidados. Cabe ao Enfermeiro Especialista ser impulsionador desta Filosofia no seio da sua Equipa.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Competências, Comunicação, Qualidade, Segurança



## **ABSTRACT**

The writing of this report is part of the Professional Masters Course in Nursing, specializing in Medical-Surgical Nursing (MEEMC). This report reflects and describes the most relevant experiences and knowledge, as well as the acquisition of competences during the Internship. My Internship programme involved three stages: Module I – Emergency Services of a Hospital of the Centro Hospitalar de Lisboa Oriental, – Module II – Cardiothoracic Surgery Intensive Care Unit of a Hospital of the Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental and – Module III – Operating Theatre of a Hospital of the Centro Hospitalar Tondela Viseu.

This Report represents the culmination of a highly diversified and exalting experience in the development of specialized competences of a technical, ethical and relational nature with patients in a critical condition. I consider that it fulfilled the objectives I set for myself, namely to contribute towards my personal and professional development, to develop competences in the area of Patient Safety, therapeutic communication with the patient and family and the quality of Nursing Care in the different fields of Internship.

Institutional organization in Healthcare, of material and human resources and of the dynamics of interdisciplinary teams represent a “Larger System”, which as an interdependent whole contributes towards Patient Safety and the quality of care provided. Each element of this “Larger System” should be understood as a fundamental part of this whole.

The nurse, in the constant demand for Excellence of Care, should base his/her action on a philosophy of Patient safety and the quality of care provided. As such, s/he should adopt a responsible attitude, which will help in affirming the identity of Nursing as an autonomous profession, which is scientific in nature and with a specific body of knowledge that portrays the stipulated excellence. The attention of the Specialist Nurse should even go a bit further, assuming the posture of a model for his/her peers in the provision of Care. The Specialist Nurse has to be the driver of this Philosophy within the team.

**Key words:** Nursing, Competences, Communication, Quality, Safety



**Escolhe um trabalho de que  
gostes, e não terás que trabalhar  
nem um dia na tua vida.**

Confúcio





## AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso, apesar de ser um processo solitário, é também resultado de um longo caminho percorrido com inúmeras pessoas que acreditam em mim e que de algum modo foram importantes. Reconhecidamente dedico o meu percurso Aqueles de quem cuido e que se confiaram aos meus Cuidados e Aos que cuidam de mim.

Tive o privilégio de contar com o apoio de diversas pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste meu projeto pessoal e profissional. Sem elas não teria sido de todo possível. A todos bem-haja de coração.

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry

Gostaria de agradecer os momentos de partilha, os conselhos sábios da Dra. Isabel Rabiais, bem como a motivação que me imprimiu nos momentos de maior dificuldade.

Ao Doutor Sérgio Deodato por as aulas dele serem de uma voluptuosidade incrível. Através dos seus olhos percecionei o que era a Excelência de Cuidados e o quão grandioso pode ser um gesto, aparentemente simples que desenvolvemos na prática diária de prestação de Cuidados de Enfermagem, mas que para Aquele Doente, naquele momento específico pode significar tudo.

À minha Enfermeira Tutora Susana Neto e ao Professor Paulo Santos pelo gosto que em mim inculcaram pelo Trauma.

À Enfermeira Luísa Macau um agradecimento especial por ser tão dinâmica, mas sobretudo por me ter auxiliado a desenvolver competências de Especialista semelhantes às suas.

Ao Enfermeiro Moisés Rodrigues pelas oportunidades criadas e pelo seu enorme esforço para que prestasse cuidados de forma cada vez mais autónoma no Bloco Operatório. À Enfermeira Paula Morais por me permitir momentos de investigação e formação aos pares, pela paciência e disponibilidade demonstradas.

Ao/Às Enfermeiro(a)s Chefes Carlos Neto, à Enfermeira Nazaré Vilhena e à Enfermeira Teresa Nisa pelo carinho com que me receberam nos Seus Serviços.

À Enfermeira Cassilda Neves e ao Enfermeiro Melo pela flexibilidade de horário laboral. Às Colegas do meu Serviço que fizeram os meus turnos sempre que as deslocações a Lisboa eram imprescindíveis.

A todos os restantes Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Médicos com quem me cruzei neste percurso.

Aos Doentes e Familiares que me ajudaram a “crescer”. A tornar-me melhor pessoa, a ser melhor Enfermeira. Desejo, do fundo da minha essência, pensar que em todos os meus dias de Serviço dei o meu melhor por eles e contribui para a melhoria dos Cuidados prestados e para o “bom nome” da Enfermagem.

À minha Mãe, o melhor exemplo de Pessoa Lutadora. Foi sempre um suporte que aprendeu a gostar dos meus sonhos e a esforçar-se por eles como se fossem próprios dela.

Ao Sérgio e ao meu Pai pelo carinho.

À Inês, a Filha Perfeita, que torna o meu mundo muito mais colorido e a quem deixo um pedido de desculpas pelas ausências que teve de suportar.

Ao Daniel, pela imensa disponibilidade, pelo companheirismo, pelo suporte nesta caminhada...mas particularmente por me ter tornado numa Pessoa muito maior com o seu Amor.

À Sandra e à Carina pela Amizade e pelo carinho.

À Adelaide, a Tia do coração.

À Fatinha e à Márcia pela dedicação e pelo encorajamento nas adversidades.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses;

AORN – “Association of periOperative Registered Nurses”

AVD’s – Atividades da Vida Diária;

AO – Assistente Operacional;

Berlin Heart – Dispositivo de Assistência Ventricular;

BO – Bloco Operatório;

BFO – Broncofibroscopia Ótica;

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro;

CIA – Comunicação interauricular;

CIV – Comunicação interventricular;

CVC – Cateter Venoso Central;

CVP – Cateter Venoso Periférico;

DGS – Direção Geral de Saúde;

EAP – Edema Agudo do Pulmão;

ECD’s – Exames Complementares de Diagnóstico;

ECTS – Unidades de crédito;

EET – Entubação Endo traqueal;

EOT – Entubação Orotraqueal;

EV - Endovenoso

GCS – Glasgow Coma Score;

HTA – Hipertensão Arterial;

ICS-UCP – Instituto de Ciências de Saúde, da Universidade Católica Portuguesa;

LA – Linha Arterial;

MEEMC – Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

PCR – Paragem Córdio Respiratória;

PSP – Policia de Segurança Publica;

PVC – Pressão Venosa Central;

QV – Qualidade de Vida;

RMN-CE – Ressonância Magnética – Crânio Encefálica;

SD – Segurança do Doente;

TA – Tensão Arterial;

TAC-CE – Tomografia Axial Computarizada – Craneo Encefálica

TCE – Traumatismo Craneo Encefálico;

TOT – Tubo Orotraqueal;

TVM – Traumatismo Vertebro-Medular;

UCICCT – Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica;

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos;

UTI – Unidade de Tratamentos Intensivos;

VC – Ventilação Controlada;

VVT – Via Verde Trauma;

WHO - World Health Organization;

## INDICE

Introdução .....	11
1. Estratégias De Comunicação Com a Família do Doente Critico em Contexto de Cuidados Intensivos – Contributos Para Uma Revisão Sistemática Da Literatura .....	15
2. Contextualização Dos Campos De Estágio E Analise Critica Das Atividades Desenvolvidas .....	35
2.1 – Serviço de Urgência .....	37
2.2 – Módulo de Cuidados Intensivos .....	53
2.3 – Módulo de Bloco Operatório .....	67
Conclusão .....	71
Referências Bibliográficas .....	73
Apêndices	



## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Escala de Avaliação Clínica do AVC Agudo e Escala de Avaliação da Força Muscular

**Apêndice II** – Panfleto da Drepanocitose

**Apêndice III** – Manual de Intervenções de Enfermagem em Trauma

**Apêndice IV** – Norma de Admissão do Doente na Unidade

**Apêndice V** – Guia do Familiar do Doente internado na UCICCT

**Apêndice VI** – Normas

**Apêndice VII** – Modelo de Registo Informático de Formação Frequentada pelos Enfermeiros

**Apêndice VIII** – Norma – Colecistectomia

**Apêndice IX** – Práticas Recomendadas ... AESOP 2013





## INTRODUÇÃO

As Ciências da Saúde têm, nos últimos anos vindo a sofrer uma importante evolução, colocando novos desafios tanto no domínio da prestação de cuidados de saúde céleres, diferenciados e de elevada qualidade fundamentais para o bem-estar da população, como na formação contínua dos seus profissionais.

Os novos desafios abrem novas perspetivas e acarretam novas exigências. A Enfermagem, enquanto área fulcral das Ciências da Saúde, tem naturalmente acompanhado e simultaneamente contribuído para um incremento de qualidade na prestação de cuidados de saúde. A representação legal e social que a Ordem dos Enfermeiros fomenta na Profissão e a aposta na criação de um corpo de conhecimentos científico próprio que defina a Enfermagem [através do reconhecimento da licenciatura, pela diferenciação em três ciclos de ensino diferenciados (licenciatura, mestrado e doutoramento) e pela criação de especialidades diferenciadas e respetivos colégios de Especialidade] traduzem esse incremento.

Como diz Nunes (2006) “O que sabemos é que queremos uma Enfermagem que não ande a reboque das outras disciplinas, mas que seja ela capaz de criar conhecimento numa perspetiva de cuidados de Enfermagem na procura da melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas.” (...) “e para tal nós Enfermeiros, ao focarmos a nossa atenção no desenvolvimento de competências, devemos ter sempre presente que com a autonomia vem a responsabilidade. A responsabilidade de cuidar e de contribuir para o desenvolvimento de um corpo de saberes próprio da profissão, a nível do saber-saber, do saber-fazer, do saber-ser e do saber-estar”.

A ação de Enfermagem visa sempre o bem-estar do Outro, seja protegendo ou promovendo a sua saúde, em contexto de doença ou em acompanhamento na morte. Quando nos comprometemos a ser Enfermeiros, prometemos ao Outro que dele cuidaremos, na intervenção melhor que formos capazes de realizar na procura da excelência em cada ato profissional, um verdadeiro “encargo confiado”. Nunes (2006:203) ratifica «age de tal forma que sempre protejas a pessoa de quem cuidas no sentido em que a sua humanidade exige ser protegida»

A Enfermagem é considerada assim uma profissão de ajuda que tem como compromisso cuidar, conhecer e respeitar as pessoas na sua individualidade e singularidade. Espera-se que os Enfermeiros desenvolvam um espírito de cuidar,

contribuindo assim para uma atmosfera de humanidade, visando sobretudo conhecer as necessidades dos outros e satisfazê-las, de modo a recuperar o seu bem-estar. Por conseguinte, cuidar é estar disponível para o outro, o que se caracteriza pela abertura, confiança e compreensão demonstradas e na atenção e solicitude para o ajudar a promover, manter o restabelecer o seu bem-estar.

A este propósito, Meleis (2010: 31) refere que o papel mais relevante do profissional de Enfermagem é o de assistir Utentes em processo de transição, como neste caso de saúde-doença, facilitando-o o processo para alcançarem o máximo bem estar possível de acordo com o seu ideal de saúde.

De cada Enfermeiro é concomitantemente expectável uma prestação de cuidados legalmente aceite e cientificamente fundamentada com vista à excelência. Deodato (2004:30) “É na medida em que o Enfermeiro assume a responsabilidade pelo cumprimento dos seus deveres, que está a procurar a excelência. Não há excelência sem responsabilidade (...) mais importante que o reconhecimento externo do nosso trabalho, será a nossa própria autoavaliação sobre o desempenho profissional realizado e a recompensa individual de concluirmos que seguimos o caminho certo: o da excelência. Simplesmente porque a isso nos propusemos, porque este foi o caminho que escolhemos”.

Em Vieira (2009:116) “O cuidado evidencia a reciprocidade existente em todas as relações verdadeiramente humanas (...)”. Sousa (2014:18) defende que “O cuidado deve caminhar lado a lado com a humanização procurando a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, permitindo abordagens mais holísticas na prestação de cuidados dirigida pelos princípios éticos da beneficência e da autonomia.”

A excelência do exercício é um caminhar permanente e encontra-se explanada no Artigo 88 do Código Deontológico dos Enfermeiros. Concretiza-se numa demanda constante que potencia a mudança de atitude, sustentada na atualização dos saberes nomeadamente por parte do Enfermeiro Especialista.

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Assembleia da República, 2009:6546), *”o título de Enfermeiro Especialista reconhece competência, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem”*. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros define que o Enfermeiro Especialista tem *“competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade”* (Lei 111/2009, art.º 7). *Preconiza-se assim, a aplicação*

*de competências técnico-científicas especializadas no cuidado ao Utente de forma ampla, por forma a responder às suas necessidades e expetativas em saúde. “ (...) Especialista é o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, (...). E, em particular nesta especialidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica presta cuidados altamente qualificados à pessoa adulta em situação crítica e/ou falência orgânica. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).*

Contudo, o processo de Cuidar do Outro tendo em vista a excelência do Cuidado é bastante amplo. O Enfermeiro tem de responder às necessidades do Outro, mas também às expetativas que este tem em saúde. A ação do cuidar desenvolvida no Sentido de um Utente tem igualmente de ter em conta que Este se encontra enquadrado numa família e por sua vez numa sociedade que têm uma determinada noção da Representação Social do Enfermeiro que se deseja ser a melhor possível. Neste sentido o Enfermeiro deve, quando cuida de um Utente identificar a família na sua personificação mais importante – O Prestador de Cuidados – e atender igualmente às suas necessidades bio-psico-sociais e espirituais. O Conselho Internacional de Enfermeiros (2011:115), designou o Prestador de Cuidados como “Aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente.”. O Prestador de Cuidados deve ser sempre alvo de uma atenção diferenciada por parte do Enfermeiro e nomeadamente do Enfermeiro Especialista.

No sentido de desenvolver competências de Cuidado próprias do Enfermeiro Especialista o plano de estudos MEEMC, contempla o Estágio dividido por três módulos, num total de 30 ECTS correspondentes a 180h, a saber:

Módulo I – Serviço de Urgência Central de um Hospital do Centro Hospitalar Lisboa Norte, de 13 de Abril a 06 de Junho de 2015;

Módulo II – Serviço de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, de 01 de Setembro a 24 de Outubro de 2015;

Módulo III – Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; de 26 de Outubro a 29 de Dezembro.

A minha escolha quanto aos locais de Estágio foi motivada essencialmente pela questão pessoal de afinidade. Dentro das possibilidades que me eram facultadas escolhi os locais em que perspetivava à partida adquirir mais competências enriquecedoras, quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

Nos dois primeiros Módulos o facto de serem hospitais altamente conceituados e tecnicamente muito diferenciados foi preponderante na minha escolha.

Quanto ao terceiro Módulo a escolha de um Serviço específico de Bloco Operatório foi ela também pessoal, dada a especificidade dos cuidados de Enfermagem que aí se prestam. Mas também organizacional dado que o Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar Tondela-Viseu se localiza no meu Hospital de trabalho o que me permite uma melhor gestão e articulação dos turnos.

As escolhas vão de encontro ao desenvolvimento das minhas competências, satisfazendo de igual modo, os objetivos preconizados pela Universidade Católica Portuguesa para o Curso de MEEMC e as competências do Enfermeiro Especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

O relatório visa deste modo compilar toda a informação relativa ao Estágio, pretende descrever as experiências, os momentos de crescimento profissional e pessoal e os conhecimentos mais significativos, explanando o percurso desenvolvido na aquisição de competências necessárias também à obtenção do título de Enfermeiro Especialista. Assim, no sentido de uma melhor exposição e compreensão do percurso realizado por parte do leitor utilizei uma metodologia descritiva e dividi o relatório em quatro partes fundamentais: a introdução, o artigo decorrente de Revisão Sistemática da Literatura, a contextualização de campos de Estágio e a conclusão.

O artigo decorrente de Revisão Sistemática da Literatura denomina-se de Comunicação “Estratégias com a Família do Doente Crítico em Contexto de Cuidados Intensivos”. A temática da comunicação com o familiar de referência/prestador de cuidados em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) fundamenta-se por a comunicação ser uma aptidão fundamental para a prática de cuidados de Enfermagem, por a prestação de cuidados do Enfermeiro ser (como já havia referido) abrangente envolvendo não só o Doente mas também os seus “Significativos” e por o internamento em UCI constituir um momento de grande sofrimento e ansiedade para o familiar de referência/prestador de cuidados que pode ser otimizado pela comunicação terapêutica.

Visto que cada etapa neste percurso foi única e que cada pessoa é singular na sua perceção da realidade vivenciada, ao redigir este documento, tive como princípio que o mesmo fosse personalizado, representativo do meu percurso de aprendizagem, rico e contextualizado, resultado de profundas reflexões, sustentado por Autores de referência, e suportado por apêndices organizados por forma a demonstrar, de forma clara, os conhecimentos, as competências e o desempenho específicos alcançados.

# 1 - ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS – CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar estratégias de comunicação com a família do Doente crítico internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

**Método:** A pesquisa foi feita em base de dados científicas, disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros através de acesso reservado a Membros, utilizando o motor de busca EBSCO host – Research Databases. Selecionou-se as bases de dados CINAHL Plus With Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochane Database of Systematic Reviews, Library information Science & Technology abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database. Considerou-se também a base de dados Scielo. Foi igualmente desenvolvida pesquisa na Pubmed Central com descritores Mesh (“communication”, “patients families” e “intensive care units”).

**Questão de Investigação:** Quais as estratégias de comunicação que o Enfermeiro pode utilizar com a família do Doente crítico internado na UCI?

**Resultados:** A comunicação terapêutica com a família do Doente internado na UCI é uma aptidão essencial para a prática de cuidados em Enfermagem. Sendo uma competência requer da parte do Enfermeiro abertura, esforço, tempo e prática para que consiga desenvolvê-la de forma conveniente. Uma comunicação eficaz contribui para a satisfação dos familiares, para a diminuição dos sintomas de ansiedade, stress e depressão dos mesmos e permite o desenvolvimento de uma relação de ajuda, diria até uma parceria de cuidados, capaz de envolver o familiar num plano de cuidados individualizado para o Doente. As estratégias de comunicação eficazes com o familiar do Doente internado na UCI englobam o desenvolvimento de técnicas de comunicação verbais e não verbais. A promoção de uma filosofia de cuidados centrada no Doente, a realização de reuniões formais com médico, Enfermeiro e outros profissionais da equipa multidisciplinar, a existência de um espaço físico próprio onde se promova um ambiente reconfortante, aberto à expressão de sentimentos e à colocação de dúvidas. A transmissão de informação de forma atempada, clara, concisa, com rigor científico e simultaneamente acessível à compreensão do familiar. A postura, o toque, a escuta ativa, o sorriso, o olhar e o convite a prosseguir constituem estratégias de comunicação com a família do Doente crítico internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

**Conclusões:** A comunicação com o familiar enquadra-se nas competências do Enfermeiro e é um pilar fundamental da sua prática diária. Sendo a UCI um local de prestação de cuidados científica e tecnologicamente muito sofisticado, onde o Doente geralmente não se encontra capaz de expressar as suas vivências, os seus sentimentos, os seus desejos, as suas necessidades, angústias e inseguranças a comunicação Enfermeiro-familiar ganha um nível de importância substancialmente maior. Este artigo tem implicações na prática de Enfermagem de excelência visto que demonstra a importância da comunicação Enfermeiro - familiar do Doente internado na UCI, bem como descreve as estratégias de comunicação mais adequadas nesse sentido.

**Palavras-Chave:** Comunicação, família, Doente crítico, Unidade de Cuidados Intensivos

## **Introdução**

A admissão de um indivíduo na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) constitui um evento inesperado e gera um impacto sobre o Doente, bem como em todo o seu agregado familiar. O Doente crítico internado numa UCI apresenta uma real e/ou potencial falência multi-orgânica, que o coloca em risco de vida e requer meios avançados de tecnologia e de monitorização invasiva.

Durante muito tempo a acção de Enfermagem nestes Serviços tinha uma visão muito tecnicista, centrada sobretudo em abordagens práticas, apenas focadas na recuperação fisiológica do indivíduo Doente. Felizmente os focos de atenção têm vindo a mudar, deixando de se centrar a relação do Enfermeiro unicamente no indivíduo Doente que necessita de uma sucessão de cuidados, para passar a abranger a unidade familiar numa visão mais holística. A essência desta relação consiste assim na responsabilidade do Enfermeiro cuidar do Doente através das intervenções práticas e tecnológicas de cuidados da UCI e, simultaneamente envolver a família por forma a atender igualmente às suas necessidades. A família é a célula vital da sociedade. É na família que o indivíduo adquire as suas primeiras competências. É no contexto familiar que o ser Humano desenvolve os estilos de vida que condicionarão de forma determinante o seu ciclo de vida. É na família que, geralmente o indivíduo se organiza e se adapta face as conquistas, perdas e transições, sejam estas naturalmente decorrentes de cada fase do ciclo vital ou acidentais do seu percurso.

Infelizmente, são ainda vários os estudos que demonstram que, apesar de se preconizar o oposto, a família é ainda perspectivada pelos Enfermeiros de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que os cuidados de Enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo sem considerar o seu contexto familiar (Friedman, 1998; Elsen et al, 2002; Hanson, 2005).

Em virtude das transformações políticas, socioeconómicas e culturais que a nossa sociedade tem sofrido ao longo do tempo a palavra Família tem representações diferentes para diferentes pessoas, sendo dificilmente aceite uma definição universal de família. Contudo consideramos apropriadas as seguintes, pela sua abrangência. Wright & Leahey (2002: 78) definem família como “É o que os seus membros consideram como tal”. Hanson (2005:6) define: “A família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos”. Segundo a CIPE (2013:60) família é um: “Grupo: Unidade

social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

A família, enquanto sistema, é simultaneamente parte integrante de outros sistemas mais amplos como por exemplo a comunidade ou a sociedade e é constituída por sistemas mais pequenos designados de subsistemas, como por exemplo o individuo. As interacções dos indivíduos, os papéis que desempenham, os estatutos que ocupam concorrem no sentido de manter a sobrevivência do sistema familiar. O sistema familiar tende a um equilíbrio dinâmico, com necessidade de comportar o seu próprio crescimento, a capacidade de evolução e de adaptação face à mudança. Kaakinen et al. (2010:72) afirmam que “O processo familiar é constituído pelas interações existentes entre os membros da família, através das quais cumprem as suas tarefas instrumentais e expressivas. Famílias com estrutura e funções similares interagem de formas diferentes e é essa interação, que faz cada família única.” (...) “O coping familiar consiste nas constantes mudanças cognitivas e comportamentais da família cujo objetivo é resolver situações específicas. Cada família tem o seu próprio repertório de estratégias de *coping* que poderão, ou não ser adequadas em situações de crise. O sucesso do *coping* reside na resiliência familiar, ou seja, na sua capacidade de resistir e responder à crise, que pode ser afetada pelas crenças familiares, pelos seus padrões organizacionais e pela comunicação”.

Assim, preconiza-se cada vez mais uma abordagem centrada no individuo internado, por forma a suprir as necessidades de todos como um todo, pela inclusão da família como alvo dos cuidados, através da compreensão da sua complexidade.

Segundo Kaakinen et al. (2010:66) “A abordagem sistémica da família foca-se, simultaneamente no individuo e no sistema familiar, sendo a interação entre os elementos da família o alvo da intervenção do Enfermeiro. Esta abordagem permite ao Enfermeiro obter uma perspetiva ampla, tanto das necessidades individuais dos elementos da família, como da unidade familiar, uma vez que, quando acontece algo a uma parte do sistema familiar, todas as outras partes são afetadas.” Vieira (2009:83) afirma “Assim, quer os processos familiares, promotores de uma vida saudável ou alterados por diferentes eventos, quer os cuidadores familiares – na dupla perspetiva de parceiros ou clientes – merecem a atenção dos Enfermeiros, porquanto os processos de adaptação e a sua qualidade de vida são também sensíveis aos cuidados de Enfermagem”.

De acordo com Freitas et al (2005:2) “a hospitalização de um familiar numa unidade de cuidados intensivos ocorre geralmente de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para o necessário ajuste familiar. Perante esta situação stressante, os familiares podem sentir-se desorganizados, desamparados e com dificuldade para se mobilizarem, fazendo emergir diferentes tipos de necessidades.”

Uma doença grave que implique um internamento súbito de um indivíduo pode ser percebida como uma crise acidental na família criando necessidades de adaptação. Quando um elemento da família é hospitalizado, as reacções de cada familiar envolvido são diferentes, e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel familiar do indivíduo que adoece, já que as rotinas alteram-se, as responsabilidades dos membros da família mudam e passa a existir uma maior preocupação. O Enfermeiro, sendo o profissional de saúde que passa um maior número de horas junto do Utente deve utilizar todos os momentos possíveis para perceber a dinâmica familiar, o impacto que a hospitalização do Utente representa na família e em particular no familiar de referência. Deve identificar os sentimentos presentes, deve mostrar disponibilidade e abertura envolvendo sempre que possível o familiar em todo o processo terapêutico do Utente. Neste sentido, e em meu entender o conceito de cuidado centrado na família, como parte integrante dos cuidados de Enfermagem conduz a um cada vez maior compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde ao Utente hospitalizado.

Hanson et al. (2010:27) refere que “durante a hospitalização a família experiencia múltiplos fatores de stress tais como o ambiente hospitalar, a equipa de saúde, a linguagem técnica, que aliados à separação física do Doente, causam sentimentos de medo, irritação e mesmo culpa.” Compete ao Enfermeiro através do estabelecimento de uma relação de empatia determinar o efeito da hospitalização de um membro em toda a dinâmica familiar e as necessidades daí decorrentes. Rabiais (2003:9) cita um estudo realizado por Meivor e Thompson que indica que são cinco as necessidades que mais frequentemente os familiares referem. Elas reportam-se ao alívio da ansiedade, à necessidade de informação, à necessidade de ser aceite pelo “staff” do Serviço, à necessidade de ter alguma explicação acerca do equipamento utilizado no seu familiar e à necessidade de ter capacidade de estar com o seu familiar Doente. Leske (1991:237) também organiza estas necessidades, por áreas, de uma forma mais ou menos similar: informação, segurança, proximidade, suporte e conforto.



Estas necessidades carecem de ser identificadas na relação estabelecida entre Enfermeiro-familiar do Doente internado na UCI e podem estar presentes com maior ou menor veemência dada a singularidade de cada família e de cada familiar. Compete ao Enfermeiro estabelecer uma comunicação que lhe permita entender a família e o familiar na sua unicidade e dar-lhe o suporte necessário.

Phaneuf (2005:23) define comunicação como “um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilhas e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra Pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela”. A autora afirma igualmente que “a comunicação é uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de Enfermagem. Com efeito, esta relação não se pode desenvolver senão a partir de trocas calorosas e eficazes entre a Enfermeira e a pessoa cuidada, o que confere uma importância capital ao conhecimento dos princípios de comunicação” Phaneuf refere ainda que “a comunicação e o domínio das estratégias de comunicação constituem a principal ferramenta terapêutica de que dispões a Enfermeira uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da Pessoa e a sua concepção do mundo.”.

Mucchielli (1988) in Chalifour (2008:30) define comunicação como “a troca de significações que não se reduz à informação, nem ao esquema emissão-recepção. Implica uma inter subjectividade fundamental, relação viva e vivida entre pessoas, e uma reciprocidade.” Watzlawich et al (1972) in Chalifour (2008:32) refere que “toda a comunicação possui dois aspetos: conteúdo e relação, em toda a mensagem estes dois modos de comunicação coexistem e complementam-se (...) É pois indispensável que o interveniente reconheça que a comunicação ultrapassa amplamente a troca de informações verbais e implica uma dimensão relacional multifacetada traduzida em comunicação não-verbal” (...) “Ora admitamos que numa interação, todo o comportamento possui o valor de uma mensagem, ou seja, é uma comunicação, logicamente não podemos não comunicar, quer o desejemos ou não. Atividade ou inatividade, palavra ou silêncio, tudo tem valor de mensagem”.

Phaneuf (2005:68) “A comunicação entre os seres toma diferentes formas, que são complementares. Estas formas correspondem às componentes funcionais do humano na

sua dimensão relacional e encarnam-se nas sensações, nas emoções e na cognição. As sensações e as emoções são veiculadas por sinais corporais que vêm apoiar, completar ou contradizer as palavras; trata-se da linguagem não verbal. A cognição, que dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras; trata-se da comunicação verbal. Estas duas formas de expressão apresentam características, estratégias e limites que lhe são próprios e que é importante conhecer em cuidados de Enfermagem.”

Phaneuf (2005:113) define como características da comunicação eficaz: “a simplicidade, a concisão, a precisão, a clareza, a pertinência, a flexibilidade e a adaptação ao contexto e às preocupações e interesses da Pessoa.”

Chalifour (2008:130) afirma que “a melhor estratégia para comunicar é começar por estabelecer contacto”. Satir (1976) in Chalifour (2008:129) afirma “creio que o melhor presente que posso receber dos outros, é ser olhado por eles, escutado por eles, compreendido por eles e tocado por eles. O melhor presente que posso dar, é o de olhar, escutar, compreender e tocar uma outra pessoa. Quando isto acontece, tenho o sentimento de estar em contacto.”. Para Chalifour, J. (2008:129) “o contacto constitui a porta de entrada e o meio de transmissão de mensagens.” (...) o reconhecimento do modo de contacto particular do cliente permite penetrar no seu mundo interior, apelar aos sentidos que ele privilegia e fazer com que a possibilidade de ser percebido por ele seja maior.” (...) “os diferentes modos de contacto determinam as técnicas de comunicação não verbal e verbal empregues na comunicação. As técnicas de comunicação na relação de ajuda profissional englobam a comunicação não verbal (o toque, a distância e a postura, o olhar, a escuta, o silêncio, os gestos e o convite a prosseguir) e a comunicação verbal (a devolução, a síntese, as questões, a mensagem clara e concisa, os feed-backs e a revelação de si mesmo, a informação e o conselho).

Constitui um desafio permanente ao Enfermeiro, na busca Da excelência do exercício (Artigo 88º do Código Deontológico dos Enfermeiros) analisar regularmente a sua ação, adequar os cuidados às necessidades concretas da pessoa, reconhecer eventuais falhas e alterar sempre que necessário a sua conduta no sentido de melhor cuidar, manter a actualização contínua dos seus conhecimentos, a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. O mesmo se aplica ao desenvolvimento das competências relacionais e humanas que se traduzem numa relação terapêutica e numa comunicação eficaz, que neste caso concreto se aplicam ao familiar do Doente crítico internado na UCI.

## **Questão de Investigação**

“A melhor forma de começar um trabalho de investigação em ciências sociais consiste em esforçar -se por enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida. [...] A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação. [...] deve apresentar qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência.” Quivy, R.. & Campenhoudt, L. (1998:44).

Para a definição da pergunta de partida e conseqüente método de trabalho foi utilizado o método PI[C]OD, cujas iniciais, segundo Fernandes & Longo (2014:13), representam palavras em língua inglesa que sujeitas a tradução significam: P (participants) de participantes; I (interventions) de Intervenções; C (comparisons) de Comparações; O (outcomes) de Resultados e D (design) de Desenho do Estudo.

Obteve-se a seguinte questão de investigação/pergunta de partida: “Quais as estratégias de comunicação que o Enfermeiro pode utilizar com a família do Doente crítico internado na UCI?”

## **Metodologia**

Foi utilizada como metodologia de investigação a Revisão Sistemática de Literatura (RSL). Para Vilelas (2009:203): “As revisões sistemáticas da literatura identificam, num conjunto de estudos publicados sobre determinado tema, aqueles com superior qualidade metodológica, cujos resultados podem ser utilizados na prática. [...] são importantes para integrar as informações de um conjunto de estudos, realizados separadamente, de determinado fenómeno de investigação, [...] bem como identificar temas que necessitem de evidência, contribuindo para investigações futuras.” Já Fernandes & Longo (2014:13) definem “Uma revisão sistemática da literatura consiste na apropriação das melhores evidências disponíveis num determinado intervalo de tempo, através de uma apreciação, metódica e crítica, geradora de informação útil, possibilitadora da tomada de decisão baseada na evidência”

A pesquisa foi feita em base de dados científicas, disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros através de acesso reservado a Membros, utilizando o motor de busca EBSCO host – Research Databases. Selecionou-se as bases de dados CINAHL Plus With Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled

Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Library information Science & Technology abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evolution Database. Considerou-se também a base de dados Scielo. Foi igualmente desenvolvida pesquisa na Pubmed Central com descritores Mesh.

Definiu-se três termos de busca: “communication”, “patients families”, “intensive care units”, o operador booleano “AND”. Foram seleccionados os seguintes critérios de inclusão textos completos, língua inglesa e portuguesa, datados de 2010 a 2016. Foram excluídas as Teses e dissertações. No sentido de delimitar os resultados acrescentou-se à equação de pesquisa “NOT” “Pediatric”, “NOT” “Neonatal”, “NOT” “Children”, “NOT” “End of Life”. Foram obtidos 15 artigos que se mostraram inicialmente relevantes para a questão em investigação. A partir da leitura do abstract, obteve-se uma amostra de 5 artigos. Numa segunda fase foi feita a leitura integral dos artigos tendo sido apenas considerados pertinentes 2 artigos. No sentido de obter mais artigos, foi igualmente desenvolvida pesquisa na Pubmed Central com os descritores Mesh: “communication”, [AND]“professional family relations”[AND] “intensive care units” [NOT] “terminal care, a equação de pesquisa resultante foi: (((“Communication”[Mesh]) AND “Professional-Family Relations”[Mesh]) AND “Intensive Care Units”[Mesh]) NOT “Terminal Care”[Mesh] ). Foi restringida a faixa etária (Adult: 19 + years) e restringida também a data de publicação [2012-01-01 a 2016-01-31]. Após a obtenção de 34 citações foram requeridos à Pubmed Central os artigos e, formato “full text”. Dos 34 artigos foram seleccionados apenas 21 após a leitura do abstract. Numa segunda fase foi feita a leitura integral dos 21 artigos seleccionados tendo sido considerados como pertinentes para a questão em estudo um total de 11 artigos. As características dos artigos colectados são apresentadas para melhor compreensão e síntese. Pesquisa na página da Ordem Enfermeiros (Tabela 1) e pesquisa na Pubmed (Tabela 2).

Tabela 1 – Pesquisa da Página dos Enfermeiros

Referência	Tipo de Estudo	Resultados
FORTUNATTI, Cristóbal – <b>Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory</b> . Invest Educ Enferm. 2014;32: 306-316	Consiste numa Revisão Sistemática da Literatura em que se selecionaram artigos de bases de dados científicas, publicados de 2003 a 2013. Definiram como critérios de inclusão idioma inglês e espanhol, texto completo disponível e pacientes adultos. Obtiveram 15 Artigos.	A família do Doente em estado crítico experimenta um conjunto exclusivo de necessidades relacionadas principalmente, à sua perceção de segurança, proximidade, necessidade de informação clínica, conforto e suporte. As necessidades dos familiares de Doentes críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos referidas como mais importantes foram a esperança nos resultados desejados e a comunicação sincera com os Profissionais de Saúde (a necessidade de ter respostas entregues com sinceridade e de conhecer o prognóstico). As necessidades referidas como as menos importantes foram a comodidade das instalações e a acessibilidade a sistemas de apoio/administrativos.
HWANG, David et al. – <b>Anxiety and depression symptoms among families of adult intensive care unit survivors immediately following brief length of stay</b> . Journal of Critical Care 29 (2014) 278-282	Aplicação de inquéritos com o instrumento “Hospital anxiety and Depression Scale” (HADS) a 106 familiares de Doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos, no momento da alta. Estudo descritivo, correlacional e quantitativo.	Grupos de familiares dos Doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos, com um período de internamento de inferior a 48h apresentam prevalências semelhantes de ansiedade e depressão às dos familiares de Doentes com internamentos mais prolongados. Concluíram igualmente que a maioria dos episódios de informação inconsistente fornecidas pelos Profissionais de saúde ocorre dentro das primeiras 48h de internamento, tendo sido hipoteticamente associado a uma maior incerteza diagnóstica que geralmente ocorre no início do internamento. Os sintomas de depressão estão ausentes no familiares do Doente que participam em 3 ou mais reuniões familiares durante o internamento.

Tabela 2 – Pesquisa na Pubmed

Referência	Tipo de Estudo	Resultados
SCHEUNEMANN, Leslie et al, - <b>How Clinicians Discuss Critically Ill Patients’ Preferences and Values with Surrogates: An Empirical Analysis</b> . Critical Care Med. 2015 April; n°43(4): 757-764	Estudo descritivo qualitativo. Realização de 71 reuniões entre médicos e familiar substituto do Doente para discussão das decisões de tratamento de manutenção de vida em Doentes críticos.	Refere a tomada de decisão idealmente como sendo partilhada, tendo em conta os valores e desejos do Doente, embora atualmente se saiba pouco como isso ocorre. Muitos são os estudos que indicam que os cuidados que os Doentes em fim de vida recebem são inconsistentes com os seus valores. As decisões médicas devem ser guiadas pelo princípio da autonomia, de forma a que garantam os valores e preferências dos Doentes sobretudo em fase de fim de vida. Nas conferências realizadas em 88% dos casos não houve conversa sobre a autonomia do Doente. A pesquisa revelou ainda inúmeros problemas sobre a comunicação de informação clínica, nomeadamente acerca do prognóstico. É necessário investir mais em intervenções que garantam a autonomia do

		Doente.
RUSINOVA, Katerina – <b>Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients relatives – the DEPRESS study.</b> BMC Psychiatry 2014, 14:21 <a href="http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/21">http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/21</a>	Estudo multicêntrico prospectivo com 22 UTI's na República Checa, utilizando a "Hospital anxiety and Depression Scale" (HADS) para avaliar os sintomas de ansiedade e depressão de membros da família de Doentes que haviam estado internados na UTI.	Refere a Unidades de Cuidados Intensivos como um dos locais do Hospital mais stressante e mais causador de ansiedade e depressão em familiares de Doentes internados. Em 50% das UTI (11UTI) existe um panfleto informativo para familiares do Doente internado mas apenas 1 UTI tem 1 protocolo estruturado de interação com membros da família. Neste estudo conclui-se que: a idade do membro da família foi diretamente relacionada com sintomas de depressão, o número de visitas desejado pelos membros da família foi diretamente relacionado a sintomas de ansiedade, cerca de 60% dos inquiridos não entendia o diagnóstico do Doente, cerca de 17% refere ter recebido informações clínicas contraditórias. A totalidade dos inquiridos refere que gostava de ter mais momentos de comunicação com profissionais de saúde. Reconhecem importância a um panfleto informativo escrito, contudo acompanhado de uma explicação oral.
ADAMS, J. et al. – <b>Finding your way through EOL challenges in the ICU using Adaptive Leadership behaviours: A qualitative descriptive case Study.</b> <i>Intensive Crit Care Nurs.</i> 2013 December;29(6):doi: 10.1016/j.iccn.2013.05.004.	Estudo de caso piloto com um Doente internado em UCI, em situação terminal da sua doença e em que faltou a capacidade de decisão. Foram realizadas três conferências de família e uma entrevista aos membros de família para discussão de metas terapêuticas. Foi discutida a manutenção ou suspensão de suporte de vida. Foram explorados os valores e objetivos terapêuticos do Doente (indiretamente) e da família.	À medida que a condição do Doente se degradava a família ia percebendo as decisões como mais difíceis. Enquanto o familiar não reconhece a necessidade de adaptação à realidade do Doente pode continuar a concentrar os seus objetivos em soluções técnicas pouco benéficas a longo prazo e a insistir em tratamentos agressivos. No entanto quando os Profissionais de Saúde apoiam o familiar estabelecem uma comunicação eficaz para desenvolver uma compreensão realista do prognóstico, das opções e da necessidade da tomada de decisões, ele enfrenta mais facilmente o desafio de adaptação de curativo para paliativo. O Profissional de Saúde deve assegurar que o Doente continuará sempre a ser cuidado, garantir a gestão sintomática nomeadamente da dor se presente, antecipar possíveis resultados negativos, ajudar à resignação, demonstrar compaixão, disponibilidade e empatia, ajudar à promoção de uma morte pacífica e se possível com um momento para o familiar "dizer Adeus"
DOUGLAS, Sara et al – <b>Neglect of quality-of-life considerations in intensive care unit family meetings for long-stay intensive care unit patients</b> <i>Crit Care Med.</i> 2012 February ; 40(2): 461–467. doi:10.1097/CCM.0b013e318232d8c4	Realização de reuniões semanais com familiar de Doente internado na UCI à longa data (submetidos a pelo menos 72h de ventilação mecânica e sem perspectiva de extubação ou alta da UTI nas próximas 48h). Estudo descritivo qualitativo com análise de conteúdo. Prospectivo.	Apesar das directrizes já apontarem para uma abordagem centrada na pessoa as reuniões ainda estavam muito focadas numa abordagem tradicional, afastada da comunicação sobre Qualidade de Vida (QV) e apoio emocional à família. Essencialmente, em que os prestadores falam a maioria do tempo sem darem grande espaço de comunicação ao familiar, exceto para colocar dúvidas. Nas reuniões que decorreram com as Enfermeiras que defendem a prática da Enfermagem avançada foram as primeiras a falar de QV. Nas reuniões onde se abordava a temática da QV a comunicação centrava-se muito na discussão das preferências do Doente. Esta temática deve fazer parte da comunicação profissional-familiar o mais precocemente possível, mesmo nos casos em que se preveja a alta clínica para a família começar a vislumbrar a vida depois da UTI.
KRIMSHEIN, Nina et al – <b>Training Nurses for Interdisciplinary</b>	Programa pioneiro de treino de habilidades comunicacionais em Enfermeiros de Unidades de Cuidados Agudos em cinco	Os Enfermeiros avaliaram este Programa como altamente válido. Referiram terem adquirido novas competências através de métodos como o "role-playing". Referiram um maior à vontade para iniciarem reuniões interdisciplinares com Familiares

<p><b>Communication with Families in the Intensive Care Unit: An Intervention</b> Journal Of Palliative Medicine. Volume 14, Number 12, 2011 DOI: 10.1089/jpm.2011.0225</p>	<p>Hospitais em Nova York. Foram feitas 10 Sessões de treino por Unidade. Os Enfermeiros fizeram treino de competências comunicacionais através de métodos pedagógicos baseados em evidências.</p>	<p>de Doentes. Referiram melhor capacidade de responder a perguntas abertas e sugestões de familiares. Demonstraram mais competências de comunicação não verbal e de comunicação empática. Os Enfermeiros cada vez mais precisam de desenvolver habilidades comunicacionais com os familiares dos Doentes no sentido de ultrapassar barreiras de comunicação tais como a falta de tempo e de abertura.</p>
<p>ASLAKSON, Rebecca et al <b>Surgical intensive care unit clinician estimates of the adequacy of communication regarding patient prognosis</b> Critical Care 2010, 14:R218 <a href="http://ccforum.com/content/14/6/R218">http://ccforum.com/content/14/6/R218</a></p>	<p>Estudo descritivo, quantitativo. Aplicação de um questionário a médicos, Enfermeiros e técnicos de Enfermagem de uma UTI para avaliarem a adequação da comunicação que se pratica no seu local de trabalho.</p>	<p>As Enfermeiras são consideradas como os profissionais que mais tempo passam junto do Doente e dos membros da família e portanto são consideradas um recurso valioso para identificar as percepções que os familiares têm da comunicação dos profissionais de saúde com eles. Os Enfermeiros da UTI muitas vezes não são incluídos nas reuniões médico-familiar em que é discutido o prognóstico do Doente e deveriam sê-lo por serem considerados “um recurso valioso” em comunicação com o familiar. Os próprios Enfermeiros do estudo relataram insatisfação por muitas vezes não serem incluídos nos momentos de transmissão de prognóstico do Doente ao familiar.</p>
<p>HWANG, David et al. — <b>Assessment of Satisfaction with Care Among Family Members of Survivors in a Neuroscience Intensive Care Unit – J Neurosci Nurs.</b> 2014 April ; 46(2): 106–116. doi:10.1097/JNN.000000000000038</p>	<p>Estudo misto com vertente observacional numa UTI de Neurocirurgia, com duração de um mês. E com uma aplicação concomitante de um questionário de mensuração de satisfação(FS-ICU). O objetivo é comum: identificar variáveis que possam estar relacionadas com a satisfação do Doente internado</p>	<p>A frequência de comunicação com o médico, a inclusão e apoio na tomada de decisões, a informação sobre os cuidados que estão a ser feitos ao Doente e saber o prognóstico do Doente foram identificados pelo familiar como fatores concorrentes para a satisfação.</p>
<p>ADAMS, J. et al. – <b>Nursing Strategies to Support Family Members of ICU Patients at High Risk of Dying</b> <i>Heart Lung.</i> 2014 ; 43(5): 406–415. doi:10.1016/j.hrtlng.2014.02.001.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo, prospectivo com membros da família de Doentes da UTI com alto risco de morte</p>	<p>Os membros da Família do Doente identificaram 5 atitudes de Enfermagem como prioritárias: demonstração de preocupação, construção de um ambiente harmonioso, demonstração de profissionalismo, transmissão de informação e apoio nas decisões. Salientam ainda a informação específica de prognóstico clara em linguagem que entendam, saber ouvir e ir ao telefone dar informações quando telefonam a perguntar pelo Doente. Os membros da Família do Doente definiram igualmente comportamentos que consideram de desrespeito do Enfermeiro à família: olhar para o computador aquando da comunicação não estabelecendo contacto visual, não se apresentar aquando da entrada na enfermaria ou não cumprimentar, conversar com colegas sobre assuntos que não são de trabalho e simultaneamente não prestar a atenção necessária ao Doente, ser incapaz de responder às perguntas que lhes foram colocadas, dar respostas vagas ou informações incorrectas, dar demasiadas opiniões pessoais, uso de um tom de voz hostil, não dar opções e não demonstrar bondade.</p>
<p>SLATORE, C. et al. – <b>Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative</b></p>	<p>Realização de entrevistas a Enfermeiros com objetivo de identificar os principais temas e preferências dos Enfermeiros para a comunicação com os Doentes e com as</p>	<p>O “Cuidado Centrado no Paciente” abrange 5 domínios: a perspectiva biopsicossocial da Pessoa com foco na comunicação, o paciente/familiar como pessoa, o poder da partilha e responsabilidade, a aliança terapêutica e o médico como parceiro. A partilha inclui a comunicação eficaz, o estabelecimento de um plano de cuidados em</p>

<p><b>Analysis of Domains of Patient-Centered Care.</b> <i>Crit Care.</i> 2012 November ; 21(6): 410–418. doi:10.4037/ajcc2012124</p>	<p>famílias baseada no modelo de “Cuidado Centrado no Paciente”</p>	<p>parceria, contudo o que se observou na prática foram decisões baseadas apenas nas rotinas tendo em conta apenas decisões feitas apenas pelos médicos. O “Cuidado Centrado no Paciente” é uma filosofia que exige o envolvimento de todos na equipa multidisciplinar de saúde sendo por isso a sua operacionalização complexa.</p>
<p>WHITE, D. et. al – <b>NURSE-LED INTERVENTION TO IMPROVE SURROGATE DECISION MAKING FOR PATIENTS WITH ADVANCED CRITICAL ILLNESS.</b> <i>Crit Care.</i> 2012 November ; 21(6): 396–409. doi:10.4037/ajcc2012223.</p>	<p>Estudo experimental que envolveu 35 familiares de Doentes internados em UTI e 15 médicos. Foi destacado um Especialista em suporte familiar na UTI que diariamente disponibilizava cerca de 48 min. a cada tríade médico-Doente-família. Posteriormente o médicos e familiares procederam à avaliação da intervenção do Especialista.</p>	<p>É projectado pelos autores que a intervenção especializada seja efetuada por uma Enfermeira da UTI. A ética do cuidar em Enfermagem e da família torna a Enfermeira capacitada para ajudar a família e o Doente neste aspeto do cuidar. É preconizada uma intervenção que englobe 4 tipos de apoio: apoio emocional suporte em comunicação, apoio à tomada de decisão e apoio no luto antecipatório sempre que necessário. O Especialista promove ainda a orientação do tratamento para os valores do Doente, promove um ambiente de empatia, ajuda à adaptação do familiar às rotinas da UTI, fornece apoio durante e depois das reuniões em que são discutidos o prognóstico e as metas de tratamento do Doente.</p>
<p>NELSON, J. et al. – <b>In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit.</b> <i>Crit Care Med.</i> 2010 March ; 38(3): 808–818</p>	<p>Estudo qualitativo utilizando um questionário com questões abertas onde Doentes que haviam estado internados na UCI com internamento prolongado (&gt; 5 dias), os seus familiares e os familiares de Doentes que morreram na UTI definem o que entendem como cuidados paliativos de qualidade na UTI</p>	<p>Os participantes definem como cuidado paliativo de alta qualidade na UTI quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A tomada de decisão clínica é focada em preferências, objetivos e valores do Doente;</li> <li>• São desenvolvidos cuidados no sentido da manutenção do conforto, da dignidade e personalidade do Doente;</li> <li>• A comunicação é realizada com compaixão e com uma mensagem concisa e acessível;</li> <li>• O prognóstico é transmitido de forma clara permitindo a gestão de emoções por parte do familiar;</li> <li>• Existe alguma flexibilidade no horário de visitas na UTI;</li> <li>• Sentem apoio interdisciplinar na UTI e recebem cuidados de apoio no luto para as famílias dos pacientes que morreram;</li> <li>• É permitido o momento de “dizer Adeus” quando a morte está iminente;</li> <li>• Existe apoio espiritual disponível e de fácil acesso sempre que o pretender.</li> </ul>



## **Análise dos resultados**

A comunicação Enfermeiro-familiar em contexto de cuidados intensivos é de extrema importância sendo cada vez maior o número de organizações que enveredam esforços nesse sentido.

Segundo Fortunatti (2014:306) “Os primeiros Profissionais de Saúde que primeiramente demonstraram interesse pelas necessidades dos familiares dos Doentes críticos foram os Enfermeiros. Em 1979 a Enfermeira americana, Nancy Molter, elaborou uma lista das referidas necessidades e mais tarde Jane Leske realizou uma revisão bibliográfica com base nesta lista e criou o CCFNI (“Critical Family Care Needs Inventory”) que ainda hoje é o instrumento prático para avaliação das necessidades da família do Doente crítico mais utilizado no mundo. Ele engloba 45 perguntas standard expostas em questionário tipo likert e avalia cinco dimensões: Informação (necessidades reais de informação dos membros da família); Proximidade (necessidade de contacto e de presença física da Equipa de Saúde); Garantia/Segurança (necessidade de obtenção de esperança nos resultados esperados para o Doente); Conforto (percepção pela família para eles próprios mas sobretudo percebido nos cuidados ao seu familiar Doente) e Suporte (inclui os recursos, apoios burocráticos e estruturais). Quando o CCFNI é aplicado em diferentes contextos geográficos os resultados obtidos na priorização das diferentes necessidades dentro de cada dimensão são diferentes em função da influência das variáveis sociodemográficas.”

Na mesma linha de pensamento Leiniger in Tomey & Alligood (2004:573) diria que “(...) o cuidar é cultural porque tem em conta a totalidade e perspectiva holística da vida e da existência humana ao longo do tempo, incluindo fatores de enquadramento social, a visão do mundo, a história e os valores culturais, o contexto ambiental, as expressões da linguagem e os padrões populares e profissionais.” Contudo, e apesar destas discrepâncias, “a priorização das dimensões mais importantes é igual independentemente do contexto sociodemográfico onde sejam avaliadas as necessidades. Assim, as principais necessidades da Família do Doente crítico estão relacionadas com a dimensão segurança (entendida como a necessidade de esperança para os resultados desejados para o Doente, sentir que a Equipa está preocupada e que o melhor cuidado possível está a ser prestado ao Doente), seguida imediatamente pela necessidade de informação (ter diariamente respostas sinceras e em termos que entendam, obter esclarecimento sobre os cuidados prestados ao Doente, esclarecimento

sobre o estado do Doente e prognóstico, ser contactado em casa, caso o estado clínico do Doente se altere drasticamente).” Fortunatti (2014:312).

A satisfação das necessidades do familiar do Doente crítico internado na UTI “anda de mãos dadas” como a comunicação estabelecida entre este e o Enfermeiro e/ou entre o familiar de referência e o Enfermeiro. A necessidade de esperança para os resultados desejados para o Doente, o desejo de sentir que a Equipa está preocupada e que o melhor cuidado possível está a ser prestado ao Doente são garantias que o Enfermeiro fornece através de uma comunicação verbal e não verbal assertiva. A transmissão de informação, com respostas sinceras e em termos que os familiares entendam, o esclarecimento sobre os cuidados prestados ao Doente, sobre o seu prognóstico e a negociação de metas terapêuticas só são possíveis através da utilização de estratégias comunicacionais que permitam ir de encontro ao familiar do Doente. Toda a investigação aponta lacunas na comunicação com o familiar do Doente internado na UTI, que são potencialmente geradoras de consequências psicológicas no mesmo. Todo o esforço no sentido de tornar o Doente o centro dos cuidados deve ser enveredado pelo Enfermeiro promovendo assim mudança de visão na equipa multidisciplinar. A mudança pode ser árdua mas certamente será reconfortante.

Slatore et al (2012:413) defende O “Cuidado Centrado no Paciente” e refere que este abrange 5 domínios: a perspectiva biopsicossocial da Pessoa com foco na comunicação, o paciente/familiar como pessoa, o poder da partilha e responsabilidade, a aliança terapêutica e o médico como parceiro. A partilha inclui a comunicação eficaz, o estabelecimento de um plano de cuidados em parceria, contudo o que se observou na prática foram decisões baseadas apenas nas rotinas tendo em conta apenas decisões feitas apenas pelos médicos. O “Cuidado Centrado no Paciente” é uma filosofia que exige o envolvimento de todos na equipa multidisciplinar de saúde sendo por isso a sua operacionalização complexa. Em meu entender o Enfermeiro enquanto profissional que mais tempo permanece junto do Doente e do familiar deve sentir-se desafiado no sentido de promoção de mudança na comunicação com o familiar.

Hwang et al (2014:107) defendem a importância da realização de reuniões formais, com presença de equipa multidisciplinar, na discussão de plano de cuidados do Doente crítico internado na UTI, como estratégia para diminuição de sintomas de depressão do familiar. Rusinova et al (2014:6) também percecionam a UTI com um dos locais do Hospital onde ocorre maior taxa de sintomas de depressão e ansiedade entre familiares e defende a existência de mais momentos de comunicação com profissionais de saúde e

de panfletos informativos escritos (contudo acompanhados de uma explicação oral) como estratégias protetoras. Aslakson et al (2010:5) concluem que os Enfermeiros da UTI muitas vezes não são incluídos nas reuniões médico-familiar em que é discutido o prognóstico do Doente e deveriam sê-lo por serem considerados “um recurso valioso” em comunicação com o familiar. Os próprios Enfermeiros do estudo relataram insatisfação por muitas vezes não serem incluídos nos momentos de transmissão de prognóstico do Doente ao familiar.

Scheunemann et al (2015:763) enfatizam a importância da comunicação clara na transmissão do prognóstico do Doente internado na UTI ao seu familiar. Defende ainda a importância do respeito pela autonomia do Doente crítico internado na UTI de forma a garantir os valores e preferências dos Doentes sobretudo em fase de fim de vida. Douglas et al (2012:462) defendem a importância da realização de reuniões entre Enfermeiro e familiar do Doente crítico internado na UTI para discussão de aspetos da Qualidade de Vida (QV) e das preferências do Doente. Concluiu que nas reuniões que decorreram com as Enfermeiras que defendem a prática da Enfermagem avançada estas foram as primeiras a falar de QV. Defende ainda que a comunicação acerca da temática da QV deve fazer parte da comunicação profissional-familiar o mais precocemente possível, mesmo nos casos em que se preveja a alta clínica para o familiar começar a vislumbrar a vida depois da UTI.

Adams et al (2013:5) também enfatizam a importância da comunicação com o familiar do Doente crítico em fim de vida internado na UTI, referindo que quando os Profissionais de Saúde apoiam o familiar e estabelecem uma comunicação eficaz para desenvolver uma compreensão realista do prognóstico, das opções e da necessidade da tomada de decisões, ele enfrenta mais facilmente o desafio de adaptação de curativo para paliativo. Adams et al (2013:15) defendem ainda como estratégias do Profissional de Saúde: assegurar ao familiar que o Doente continuará sempre a ser cuidado, garantir a gestão sintomática nomeadamente da dor se presente, antecipar possíveis resultados negativos, ajudar à resignação, demonstrar compaixão disponibilidade e empatia, ajudar à promoção de uma morte pacífica e se possível com um momento para o familiar “dizer Adeus”.

Nelson et al (2010:3) corroboram esta ideia ao apresentar um estudo onde Doentes que haviam estado internados na UCI com internamento prolongado (> 5 dias), os seus familiares e os familiares de Doentes que morreram na UTI definem o que entendem como cuidados paliativos de qualidade na UTI. Os participantes definem como cuidado

paliativo de alta qualidade na UTI quando: a tomada de decisão clínica é focada em preferências, objetivos e valores do Doente; são desenvolvidos cuidados no sentido da manutenção do conforto, da dignidade e personalidade do Doente; a comunicação é realizada com compaixão e com uma mensagem concisa e acessível; o prognóstico é transmitido de forma clara permitindo a gestão de emoções por parte do familiar; existe alguma flexibilidade no horário de visitas na UTI; sentem apoio interdisciplinar na UTI e recebem cuidados de apoio no luto para as famílias dos pacientes que morreram; existe apoio espiritual disponível e de fácil acesso sempre que se pretende; é permitido o momento de “dizer Adeus” quando a morte está iminente;

Adams et al (2014:409) desenvolveram posteriormente outro artigo em que define as 5 atitudes de Enfermagem vistas como prioritárias pelos membros da Família do Doente: demonstração de preocupação, construção de um ambiente harmonioso, demonstração de profissionalismo, transmissão de informação e apoio nas decisões. Salientam ainda a informação específica de prognóstico clara em linguagem que entendam, saber ouvir e ir ao telefone dar informações quando telefonam a perguntar pelo Doente. Definiu igualmente os comportamentos que os membros da Família do Doente consideram de desrespeito para com eles por parte do Enfermeiro: olhar para o computador aquando da comunicação não estabelecendo contacto visual, não se apresentar aquando da entrada na enfermaria ou não cumprimentar, conversar com colegas sobre assuntos que não são de trabalho e simultaneamente não prestar a atenção necessária ao Doente, ser incapaz de responder às perguntas que lhes foram colocadas, dar respostas vagas ou informações incorretas, dar demasiadas opiniões pessoais, uso de um tom de voz hostil, não dar opções e não demonstrar bondade.

Krimshteim et al (2011:1330) estudaram o impacto de um programa educacional em competências comunicacionais realizado a Enfermeiros que diariamente comunicam com familiares de Doentes críticos internados na UTI, aquando da sua prestação de cuidados. Os Enfermeiros referiram um maior à vontade para iniciarem reuniões interdisciplinares com Familiares de Doentes. Referiram melhor capacidade de responder a perguntas abertas e sugestões de familiares. Demonstraram mais competências de comunicação não verbal e de comunicação empática. Concluiu ainda que os Enfermeiros cada vez mais precisam de desenvolver habilidades comunicacionais com os familiares dos Doentes no sentido de ultrapassar barreiras de comunicação tais como a falta de tempo e de abertura.

White et al (2012:405) preconiza a existência de um Especialista em Suporte Familiar na UTI. Defende que a ética do cuidar em Enfermagem e da família torna a Enfermeira capacitada para ajudar a família e o Doente neste aspeto do cuidar. Preconiza assim uma intervenção feita pelo Enfermeiro que englobe 4 tipos de apoio: apoio emocional suporte em comunicação, apoio à tomada de decisão e apoio no luto antecipatório sempre que necessário. O Especialista promove ainda a orientação do tratamento para os valores do Doente, promove um ambiente de empatia, ajuda à adaptação do familiar às rotinas da UTI, fornece apoio durante e depois das reuniões em que são discutidos o prognóstico e as metas de tratamento do Doente.

### **Conclusões**

A comunicação com o familiar do Doente crítico internado na UTI assume uma dimensão essencial da prestação de cuidados.

O Doente jamais poderá ser considerado como um elemento à parte da família, atrevo-me até a dizer que a família deve fazer parte do plano de cuidados “desenhado” para cada Doente em específico. O familiar do Doente crítico internado na UTI apresenta necessidades várias, decorrentes da alteração do seu equilíbrio familiar em virtude do internamento do Doente. A satisfação de qualquer necessidade do Familiar do Doente crítico internado na UTI engloba necessariamente a comunicação com o Enfermeiro. O desenvolvimento de estratégias de comunicação verbal e não verbal eficazes é que conduz a uma verdadeira relação de ajuda ao familiar. Partindo destes enunciados podemos ratificar a relevância da comunicação do Enfermeiro com a família do Doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos. Torna-se, a meu ver, imperativo para as administrações hospitalares e atrever-me-ia a dizer, nos currículos dos cursos de Licenciatura em Enfermagem investir mais em formação em Comunicação com a família do Doente crítico.

Importa então, balizar neste artigo três conceitos-chave interdependentes: Família, Relação Enfermeiro-Família e Comunicação.



## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Em contexto de Estágio é preconizado o desenvolvimento de um elevado nível de julgamento crítico e de tomada de decisão. Para Abreu (2003), o Estágio é um período de aprendizagem integrador e mobilizador de saberes e fundamental para a transformação da identidade. Na perspetiva de Alarcão e Tavares (2003), considera-se que o propósito do Estágio reside em assegurar experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz. Para o Enfermeiro, segundo Macedo (2003:13), “o Estágio pretende-se que constitua um campo de experiências onde convivam crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e ainda o exercício de um juízo clínico conduzindo a uma intervenção refletida”. O Estágio em contexto hospitalar constitui um marco fundamental na formação de competências técnicas, éticas e relacionais em Enfermagem, independentemente do ciclo de ensino ser a Licenciatura ou a Pós graduação. A prática refletida complementa e consolida a teoria abordada em contexto de aula.

A intervenção refletida/prática traduz-se em Cuidados seguros, de qualidade. O Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem do ICS – UCP (2012) define como um objetivo/competência a desenvolver (...) “a capacidade de refletir na e sobre a prática, de forma crítica.”

Num sentido de orientação e de simplificação do percurso em Estágio é sugerida pela Escola, a elaboração de um Projeto de Estágio em cada módulo, o que se veio a revelar de extrema importância. Avellar e Duarte (2011) entendem projeto “como um esforço temporário empreendido com um objetivo pré-estabelecido, definido e claro, seja criar um novo produto, serviço, processo. Tem início, e fim definidos, duração e recursos limitados, em uma sequência de atividades relacionadas, contudo passível de reajustamentos.” Assim, o que inicialmente constituí a resposta a uma necessidade curricular, revelou-se um instrumento orientador das atividades a desenvolver ao longo do Estágio, acabando por direcionar o meu desempenho em contexto clínico e facilitando a execução e avaliação dos cuidados prestados e das competências adquiridas.

O Estágio integrado no Mestrado englobou três módulos de 180h cada, a saber: Serviço de Urgência, Serviço de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cárdiorácica e Bloco Operatório. Os locais foram previamente selecionados em articulação com a Tutora Dra. Isabel Rabiais, de acordo com a minha preferência e disponibilidade da Escola e dos respetivos Campos de Estágio.



## 2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA

O módulo decorreu no SU de um Hospital Central da área da Grande Lisboa que se encontra, em conjunto com outros dois hospitais, inserido no Centro Hospitalar Lisboa Norte. E.P.E. e tem como missão “prestar cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade. (...) para além da prestação directa de cuidados de saúde e da formação, a missão do CHLN comporta ainda as vertentes da inovação, do desenvolvimento científico e da investigação, como corolário lógico e aproveitamento natural das sinergias resultantes dos eixos da prestação e da formação. (CHLN, 2014)”

Tendo determinado que a minha linha de ação se circunscrevia pelo desenvolvimento de competências num grande SU passei ao estabelecimento do meu objetivo geral para Estágio:

- *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao Doente em situação crítica e à sua família/pessoa significativa no Serviço de Urgência.*

Efetivamente, posso considerar que fui uma privilegiada na concretização do meu objetivo pois, o Serviço de Urgência do Hospital onde estagiei é uma de uma riqueza extrema dada toda a abrangência que comporta. Foi definido como ‘Serviço de Urgência Polivalente (SUP)’ in Despacho n.º 727/2007 do Diário da República, 2.a série de 15 de Janeiro de 2007 [Entende-se por: ‘Serviço de urgência polivalente (SUP)’ o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar e dispondo, para além de todos os recursos referidos na alínea d) do presente número e garantida a articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria segundo as respetivas redes de referência, ainda das seguintes valências: Cardiologia de intervenção; Cirurgia Cardiorácica; Cirurgia maxilo-facial; Cirurgia plástica e reconstrutiva; Cirurgia vascular; Gastrenterologia (com endoscopia); Neurocirurgia; Pneumologia (com endoscopia); Imagiologia com angiografia digital e RMN; Patologia clínica com toxicologia].

Posteriormente é inserido segundo a Resolução da Assembleia da República nº 48/2010, ratificada pela Portaria nº82/2014 no conjunto das Urgências Polivalentes com Centro de Trauma (CT). O despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto é referente à estrutura física, logística e de recursos humanos dos vários níveis de serviços de urgência e é a mais recente peça legislativa referente à organização da Rede de Urgências. Neste são ratificados os vários níveis de classificação dos serviços de urgência e as quatro vias verdes (Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Sépsis e Trauma). Aos centros de trauma (CT) são referenciados os Doentes a incluir na Via Verde Trauma (VVT).

De acordo com a Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Urgência/Emergência (DGS, 2001:8), urgências “são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.” Emergências “são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.”

No sentido de melhor organizar o atendimento no SU, o Ministro da Saúde, no seu Despacho nº 19124/2005, de 17 de Agosto de 2005, entendeu ser de maior conveniência, que todos os hospitais integrados no SNS, implementassem um protocolo de triagem de prioridades até o dia 31 de Dezembro de 2005. (Esta metodologia de trabalho implementada inicialmente em Manchester em 1997, teve a sua adoção para Portugal em 2000, contudo a criação do Grupo de Triagem e a efetiva aplicabilidade da mesmas nos Serviços de Urgência em Portugal reporta-se a 2005). O objetivo deste sistema é efetuar a triagem de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, que indiquem a prioridade clínica com que o Doente deve ser atendido e o respetivo tempo recomendado até à observação médica. A triagem comporta cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo (tempo máximo) de observação inicial: 1. Emergente = Vermelho = 0 minutos; 2. Muito Urgente = Laranja = 10 minutos; 3. Urgente = Amarelo = 60 minutos; 4. Pouco Urgente = Verde = 120 minutos; 5. Não Urgente = Azul = 240 minutos.

Os Utentes triados com “prioridade laranja” são encaminhados de imediato para o médico de acordo com a especialidade e os Utentes triados com “prioridade emergente” que são Doentes emergentes (geralmente entram diretamente e nem passam pelo espaço físico da Triagem e vão diretamente para a sala de emergência). Nestes casos o

Enfermeiro destacado na Triagem é contactado por um AO e assim que possível desloca-se à sala de emergência, colhe informações junto dos Enfermeiros envolvidos no atendimento, e procede então à inscrição do Doente e à identificação do mesmo com pulseira vermelha.

É consensual, que os SU dos Hospitais Portugueses, são ainda, a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O Enfermeiro que trabalha no SU deve possuir um manancial de competências técnicas associado a uma grande destreza física, contudo deve igualmente deter competências de âmbito relacional e comunicacional, dado que ele é muitas vezes a “primeira linha de contacto do Doente com o SNS”. Apesar de existirem vários tipos de situações de urgência e graus da mesma, todas elas são situações que levam a um aumento de ansiedade no indivíduo, por medo da incapacidade ou até da própria morte. Nesta perspetiva, Silva (2007:205), afirma que “Entrar num serviço de urgência é percecionado por muitos como um cenário intimidador.” A entrada num serviço de urgência segundo Melo (2005:77), (...) “representa, quase sempre uma experiência desencandadora de stress para o Doente, que decorre do facto de manifestar um conjunto de sintomas que não são passíveis de ser tratados em casa e que necessitam de uma avaliação ou tratamento especializados. Esta situação é percebida não só como uma ameaça para a saúde, mas também, como um momento de incerteza sobre o tratamento, um momento de dor e de desconforto associado ao estar longe de casa, o perder o controlo sobre todas as funções do dia-a-dia e o perder da privacidade ficando dependente de terceiros.”

A elevada afluência de Doentes, conduz a urgências superlotadas, onde frequentemente o tempo de espera se pode prolongar muito além do preconizado, o que também pode contribuir para sentimentos de mau estar e desespero, sentidos pelos Doentes admitidos. O espaço físico consagrado à entrada imediata no SU encontra-se muitas vezes sobrelotado de Pessoas o que dificulta a circulação e contribui para o sentimento de desesperança. Os Enfermeiros e demais profissionais de saúde que exercem funções no SU muitas vezes referem falta de recursos humanos e materiais e cansaço em virtude da elevada exigência do Serviço que prestam e da sobrecarga horária.

A conjugação de todos os fatores referenciados, condiciona muitas vezes, negativamente, a perceção que o Doente e Família criam da ida ao SU. A preconizada e desejada humanização dos serviços de saúde em particular dos SU, não é fácil, contudo

deve ser sempre um dos valores que deve nortear a ação dos Enfermeiros que aí desempenham funções.

A possibilidade da presença de um familiar em acompanhamento ao Doente deve objetivamente contribuir para minimizar a angústia e o mau estar decorrentes dos fatores expostos, que o Doente possa apresentar. (Lei nº 33/2009 de 14 de Julho, que confere o direito de acompanhamento a todo e qualquer cidadão admitido num SU do SNS). Neste sentido, o direito de acompanhamento, consagrado pela Lei nº 33, não concede apenas um direito ao Doente que recorre a um SU, mas comporta também um direito de permanência ao familiar de minorar o seu sofrimento.

Fisicamente a Urgência, a meu ver, encontra-se bem estruturada, os espaços e as diferentes especialidades encontram-se identificados em placards nas paredes e pendurados no teto. As diferentes áreas de prioridade de triagem encontram-se identificadas para além das paredes, com fita de cor correspondente ao longo do seu percurso no chão no sentido de facilitar a movimentação do Doente e familiar ao longo do SU.

A primeira impressão com que fiquei, após percorrer toda a Urgência na companhia da Enfermeira Orientadora, é que se trata de uma urgência muito ampla, com várias especialidades e com uma grande taxa de recurso à urgência por parte da população. Logo nessa primeira abordagem, o meu interesse prendeu-se sobretudo em duas áreas, a zona de atendimento aos Utentes de prioridade emergente (vermelhos) e o Serviço de Observação. A zona Emergente encontra-se naturalmente logo à entrada do SU, contigua à zona de triagem. Na zona emergente percecionei a existência de duas salas, uma para capacidade para 1 Utente (denominada Reanimação 2/ "Reanimação Pequena") e outra ampla com capacidade para 2 Utentes (Reanimação 1/ "Reanimação Grande"). Ambas as salas se encontram apetrechadas com muito material clínico, sendo de salientar que a sala ampla além de dois carros de reanimação de adulto, apresenta um terceiro de reanimação pediátrica. Em situações excecionais, de espera por ordem de transferência interna de Utentes para o SMI a na sala ampla contempla a capacidade de alojar três Utentes simultaneamente. Ao integrar essencialmente esta zona de prestação de cuidados, foi possível desenvolver a minha ação com vista ao cumprimento do meu primeiro objetivo específico delineado para este módulo:

**Objetivo Especifico nº1: Prestar Cuidados de Enfermagem especializados ao Doente em situação crítica e à sua família no Serviço de Urgência.**

No desempenho das minhas funções, preferia sempre ficar na Reanimação Grande, dado que embora não esteja protocolado formalmente, mas sempre que era admitido um Grande Trauma, um ventilado grave e/ou um Doente crítico mais instável ele era “alocado” preferencialmente a esta a sala.

Nas aulas de especialidade havia-nos sido fornecida formação sobre os critérios de ventilação do Doente e os modos ventilatórios, estes conhecimentos foram essenciais. Fui questionada sobre os mesmos pela Enfermeira Orientadora e foi-me dada a oportunidade de colocar os mesmos em prática. Desenvolvi igualmente a capacidade de gerir, interpretar e de comunicar aos meus pares, de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional, e da formação pós-graduada, nesta e em outras situações complexas da prática de cuidados. A meu ver o ideal é sempre a prática, o experienciar, o “fazermos nós”, que só me foi permitido pela dimensão deste SU e pelo facto da minha Orientadora praticar preferencialmente cuidados sobretudo na área dos “Vermelhos”.

Recordo com particular nostalgia as situações de Doentes muito críticos e/ou vítimas de Politrauma. Numa situação específica recebemos um Utente de Peniche helitransportado trazido pós PCR. O Doente havia sido levado, inicialmente, ao Hospital de Peniche pela SIV com um quadro de bradicardia, pré cordialgia, diaforese e palidez, seguido de síncope com perda de conhecimento com traçado electrocardiográfico compatível com BAV de segundo grau Mobitz 2. Já dentro do Hospital de Peniche fez PCR, que reverteu ao fim de 2 ciclos de SAV. Colocado pace externo e feita EOT ficando em ventilação espontânea após reanimação e transferido pelo INEM para o HSM. À admissão no HSM fez nova PCR, que recuperou ao fim de 1 ciclo de SAV. Foi conectado ventilador ficando em VC. Foi colocado CVC e LA no Doente que posteriormente me permitiu a monitorização contínua de parâmetros vitais, a administração de medicação em conformidade e a execução de registos subsequentes., Manteve sempre (GCS - 3) durante todo o tempo que estive na sala de emergência. No contexto deste caso clínico concreto consegui identificar aspetos fundamentais a ter em conta, segundo uma perspetiva profissional avançada, na abordagem ao Doente com alterações do estado de consciência, necessidade de sedação, ou em coma.

Posteriormente, o Doente foi ainda avaliado pela especialidade de medicina que assumiu que não se deveriam escalar mais medidas terapêuticas. A não escala de medidas terapêuticas, quando comprovado o não benefício das mesmas a longo prazo é, a meu ver uma decisão acertada contudo nem sempre adotada. O prolongar de medidas que não se mostrem benéficas a longo prazo traduz-se em Distanásia. Quando o quadro clínico de um Utente é suficientemente grave para se colocar a hipótese de não se escalarem mais medidas terapêuticas algumas questões éticas podem ser colocadas, contudo deve ser sempre dada primazia ao benefício último do Utente.

Após consenso entre a equipa de medicina interna, anestesia, cardiologia e Enfermagem, foi decidida a colocação do Doente em “tubo em T”. Considero que nesse preciso instante assisti ao que considero trabalho de equipa multidisciplinar pois foi ouvida a opinião de 5 médicos de diferentes especialidades, 2 Enfermeiros e uma terceira Enfermeira no papel de aluna de mestrado (eu). O Doente ainda permaneceu na nossa sala até cerca das 4 horas da manhã quando foi decidida a sua transferência para o SMI. Durante a estadia na nossa sala, fiz a avaliação dos parâmetros vitais ao Doente, posicionamento do mesmo, cooperei na realização de exames e análises e administrei terapêutica. O cuidado ao Utente que mais interesse me despertou foi a proteção às córneas dado que segundo o RENTEV todos somos potenciais dadores numa eventual situação de doação de órgãos, a menos que tenhamos assumido vontade expressa escrita contrária. Estas questões de cariz ético representam sempre um desafio, em sequência deste caso clínico vim para casa explorar os Critérios de Declaração de Morte Cerebral, o Princípio da Autonomia e o da Não-Maleficência e o enquadramento legal do RENTEV.

Esta noite seria um dos turnos mais produtivos em que estagiei no HSM. Foi neste turno que descobri o quanto viria a gostar de desenvolver cuidados de Enfermagem na área de Trauma. “O traumatismo é um conjunto de manifestações locais ou gerais provocadas por uma ação violenta de um agente traumático contra o organismo.” Manuila et al (2003) Recebemos no início do turno, um jovem que na prática de mergulho no Algarve, fez TVM com PCR associada. O Doente foi assistido localmente pela VMER sendo entubado e ventilado, contudo teve indicação para ser transferido para um centro de trauma diferenciado por helitransporte. Antes do Doente sair do Hospital de origem (neste caso o Hospital de Faro) é efetuada uma chamada telefónica a partir do mesmo para o nosso Hospital em que é referida a situação clínica do Doente, onde é feita uma

breve descrição com referência à patologia do Utente, cuidados já efetuados e tempo médio espectável até chegada do mesmo ao nosso hospital.

Destaco aqui a função do coordenador de Equipa de Turno, esta função encontra-se escalada dentro da Equipa, o elemento escalado não tem a função de prestação direta de cuidados aos Doentes atribuída (apenas o faz se entender que os Colegas necessitam de apoio ou no caso de uma necessidade de substituição temporária e delimitada no tempo) contudo, é ele que redistribui os Enfermeiros onde considera que são mais necessários no momento (zonas de Triagem com muito afluxo de Doentes ou chegada de um grande trauma). Esta mobilização de áreas de atuação é confinada as situações mesmo necessárias, contudo devido à grande imprevisibilidade de ocorrências num Serviço desta envergadura, ela ocorre várias vezes no Turno, o que geralmente conduz à insatisfação dos Colegas e até a pequenos atritos que o Coordenador da Equipa prontamente soluciona. Estas situações permitiram-me visualizar a necessidade de competências relacionais e mais especificamente de gestão de conflitos que esta função requer. A gestão das prioridades à medida que vão surgindo, a capacidade de mobilização de recursos humanos e consequente gestão de conflitos que daí possam advir torna-se muitas vezes natural e inevitável neste Serviço. Em meu entender, o Coordenador da Equipa nestas situações coloca a tónica na capacidade de escuta, de decisão com imparcialidade e nas estratégias de gestão de conflito, tendo sempre em vista a harmonia da Equipa e simultaneamente a prestação de Cuidados célere e com qualidade.

À chegada do helicóptero, dois ou mais elementos da equipa de Enfermagem auxiliam a equipa de resgate a trazer o Doente para o interior da sala de reanimação. À nossa abordagem deparamo-nos com um Doente jovem, na faixa etária dos 30 anos com GCS – 3, ventilado na sequência de uma PCR secundária a TVM. Na sala de reanimação, os elementos da VVT já se encontravam apostos a receber o Doente antes da sua chegada. Nesse momento, encontravam-se na sala dois anestesistas, um intensivista, um médico de medicina interna, dois ortopedistas, quatro Enfermeiros (sendo eu um deles) e dois AO. Toda a sequência do algoritmo ABCDE foi-me explicada naquele Doente pela Enfermeira Orientadora. Dos “procedimentos standards em Trauma” foi-me permitida a exposição corpórea, a monitorização do Doente, a colocação de drenagem vesical, a colheita de sangue para análise e a administração de terapêutica consoante prescrito.

Nessa altura deparamo-nos com uma situação caricata pois a equipa médica decidiu por consenso fazer uma ressonância magnética (RMN-CE) ao Doente, no momento em que procedíamos à preparação do Doente para transporte intra hospitalar para a realização da mesma, o colega Especialista alertou a médica que o Doente tinha um tubo armado. Dado que a ressonância era um exame essencial nesta situação, foi decidida, por consenso médico, a necessidade de trocar o tubo orotraqueal para um tubo não aramado. A equipa intensivista e anestésica não assumiram o risco do procedimento dado o Doente ter um trauma cervical grave. A ressonância do Doente foi protelada até à chegada da Pneumologista que procedeu à troca do mesmo com auxílio de BFO (Broncofibroscopia Ótica). Após a troca do TOT o Doente foi fazer a ressonância magnética que revelou um quadro de lesão cervical alta compatível com eventual quadro de paraplegia sequelar. Este caso clínico despertou em mim particular interesse, dado que me foi permitido acompanhar o Doente em todos os momentos. Assim, fui com ele e com o colega à sala onde foi feita a BFO e a troca do TOT, aí ainda me permitiram monitorizar o Doente durante o procedimento e proceder à aspiração de secreções oro traqueais. Foi-me ainda permitido observar a RMN-CE e acompanhar de novo o regresso do Doente à sala de reanimação.

Retirei o Doente do ventilador portátil e reconetei ao nosso ventilador. Monitorizei de novo os sinais vitais e colaborei com a Enfermeira Orientadora na realização dos registos de Enfermagem do Doente. Durante todo este procedimento acompanhei o Doente nas várias fases do transporte intra hospitalar, tendo sempre em conta as especificidades requeridas na monitorização e mobilização do Doente vítima de Grande Trauma o que contribuiu para o desenvolvimento de competências na identificação dos aspetos fundamentais a ter em conta, segundo uma perspetiva profissional avançada, na abordagem ao Doente com necessidade permanente de suporte ventilatório. Pelas 6 horas da manhã, foi decidida a transferência do Doente para o SMI.

Nessa mesma noite, por volta das 5 horas, recebemos outro Doente politraumatizado. Doente jovem, também na faixa etária dos 30 anos, com acidente de viação grave, com impacto de carro contra uma árvore, sendo projetado pelo vidro frontal da viatura, numa distância calculada pela PSP (Policia de Segurança Publica) de cerca de 12 metros. Trazido pelo INEM, imobilizado em plano duro com colar cervical. À nossa abordagem, apresentava-se sedado, fiz a exposição corpórea, podemos constatar que apresentava escoriações várias e estilhaços de vidros encrustados ao longo de todo o



corpo. Foi monitorizado, colocado segundo CVP (Cateter Venoso Periférico), administrada terapêutica prescrita, colocada drenagem vesical e procedeu-se à extração dos vidros com pinça da superfície corpórea. Posteriormente ficou em SO onde se manteve em observação e a realizar terapêutica analgésica. Não posso deixar de referir uma pertinente constatação: durante esta atividade mais emergente, os familiares que se aglomeraram à porta da sala foram recebidos com extrema sensibilidade, em tempo oportuno mas o mais precocemente possível, pela Enfermeira Orientadora, pelo Enfermeiro Coordenador da nossa Equipa de Enfermagem ou outro Enfermeiro (inteirado da situação clínica do Utente e que estivesse mais disponível no momento) com o objetivo de transmitir a informação disponível referente ao estado de saúde das pessoas. Durante este turno, a observação e participação nos cuidados a estes dois casos clínicos de Doentes politraumatizados, com explicação constante por parte da Enfermeira Orientadora e dos restantes colegas de equipa despertou em mim um interesse maior pela temática do trauma, especificamente o politrauma. Recordo este como sendo o turno mais gratificante no Serviço, em que após a saída da noite ainda fui para casa realizar revisão bibliográfica sobre as intervenções de Enfermagem ao Doente crítico politraumatizado. Ainda neste turno, em momento de reflexão com a Enfermeira Orientadora e com outros Enfermeiros é que realizei o Diagnóstico de Situação da necessidade do suporte teórico em trauma (com uma abordagem também ao trauma pediátrico) para deixar em suporte informático no Serviço. A ideia agradou-me completamente dado o interesse que tenho na área de intervenção de Enfermagem no politrauma. Este diagnóstico de situação tornou-se assim o mote para a determinação do segundo objetivo deste Estágio:

**Objectivo Especifico nº2: Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados ao Utente em situação crítica e à sua família/pessoa significativa através da documentação da melhor intervenção de Enfermagem em Trauma.**

No dia 10 de maio, após ter realizado o turno da noite, a Enfermeira Tutora, deslocou-se ao SU do HSM a fim de proceder à minha avaliação intermédia de Estágio. Considero que o feedback foi positivo das três partes (minha, da Enfermeira Tutora e da Enfermeira Orientadora). Ficou definitivamente definida a temática de projeto de Estágio (Intervenções de Enfermagem ao Doente vítima de Trauma) pelo que fiquei muito satisfeita. Sugeri a ideia de deixar o manual de trauma em suporte informático.

Posteriormente abordei o Enfermeiro Chefe Carlos Neto com esta sugestão que a viu com muito “bons olhos”. Referiu que quando eu fosse entregar a “pen drive” iria desenvolver ações no sentido do manual ficar disponível numa pasta de fácil acesso aos Enfermeiros sub a forma de suporte informático das salas dos vermelhos e laranjas e também no seu próprio gabinete. No final da reunião da avaliação intermédia e após a Enfermeira Tutora me ter facultado o Programa das Jornadas de Investigação em Enfermagem da Católica ao Porto, fui assistir à apresentação do Professor Paulo Santos alusiva ao tema “A Reabilitação do Doente Politraumatizado”. A minha ida ao Porto foi uma experiência muito gratificante dado que o Professor Paulo domina completamente a temática de Trauma, sendo visível a paixão com que fala sobre este tema. Fiquei mais elucidada sobre a casuística do Trauma em Portugal e pude perceber a importância que teria a existência de um Programa Reabilitativo e de reinserção sócio-profissional destes Doentes a médio/longo prazo no pós trauma.

Os momentos de aprendizagem foram imensos e tão diversificados, tive tantas oportunidades, mesmo quando a minha Orientadora e eu estávamos escaladas para a área emergente/“Vermelhos”, e se não tínhamos Doentes a nosso cuidado nesse momento, apoiávamos a áreas dos muito urgentes/“Laranjas”. Na área dos Laranjas encontram-se Doentes que recorrem ao SU com diagnósticos vários: Cefaleias incapacitantes; Cervico-dorso-lombalgias incapacitantes; Dor toraco-abdominal; IVM (Ingestão Voluntária de Medicação); Alteração do estado de consciência; Estados confusionais agudos.

A experiência nos “Laranjas”/ Utente triados como muito urgentes mostrou-se muito significativa, levando a uma profunda pesquisa bibliográfica, à aquisição de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novos trabalhos. Num turno, recorreu ao serviço um jovem na faixa etária dos 20 anos de raça negra, por dores lombares e nos membros inferiores incapacitantes. Foi triado para a sala dos laranjas tendo ficado ao cuidado da Enfermeira Orientadora e conseqüentemente comigo. Após observação médica, iniciou analgesia opióide (Tramadol EV), realizou Exames Complementares de Diagnóstico (ECD’s) e colheu sangue para análises. A Enfermeira Orientadora alertou-me para o facto de o Utente ter como antecedente pessoal Depranocitose. Realizei posteriormente pesquisa bibliográfica direcionada e então sugeri a elaboração de um

panfleto informativo a cerca desta patologia para colocar no SU à Enfermeira Orientadora. A sugestão foi aceite de muito bom agrado pelo que procedi à elaboração do mesmo, tendo deixado no Serviço em suporte informático e em suporte de papel na área dos “Laranjas”. (Apêndice II).

Num turno em que estávamos a apoiar a área dos Laranjas tivemos um Doente na zona dos laranjas que apresentava sintomatologia compatível com quadro de AVC Isquémico que veio a ser confirmado através TAC-CE. À chegada à urgência apresentava quadro confusional súbito, desvio da comissura labial à esquerda, disartria, disfagia e diminuição da força muscular do hemicorpo direito. No serviço em que desempenho funções (Medicina 2A) esse diagnóstico é relativamente frequente, a mobilização de conhecimentos para esta situação foi-me fácil. Numa fase inicial estabeleci uma relação terapêutica com a filha do Utente, consegui perceber a sua ansiedade e através de técnicas comunicacionais permiti a expressão de sentimentos e esclarecimento de dúvidas. Durante a avaliação inicial do Doente, fiz a avaliação da clínica do AVC Agudo (NHISS) e da força muscular do Doente no hemicorpo afetado e no contra lateral através da escala de Avaliação da Clínica de AVC Agudo e da Escala de Avaliação da Força Muscular. A Enfermeira Orientadora referiu não ter nenhum suporte teórico com esta escala pelo que procedi à elaboração da mesma em suporte informático e deixei disponível no serviço (avaliação da força muscular no momento de admissão no SU, num Utente que apresenta a alteração do mesmo, é deveras importante dado que serve de termo comparativo à evolução do Doente ao longo dos dias seguintes, quer ele seja internado. Serve de referencial comparativo para as colegas do serviço de internamento. Quer ele tenha alta, serve de referência para a família e/ou para técnico de fisioterapia que preste cuidados no domicílio e/ou instituição de residência habitual do Utente. (Apêndice I).

A sala dos “Laranjas” é uma sala ampla de fácil visibilidade pelo gabinete de Enfermagem (que se encontra entre esta sala e a área da Reanimação) e com fácil acesso aos dois gabinetes médicos onde são observados estes Doentes. O médico prescreve medicação e ECD’s que vão surgindo no ecrã do computador da sala de Enfermagem à medida que são prescritos. A gestão dos cuidados a estes Doentes nem sempre é fácil. É a elevada concentração de Doentes nesta área da urgência, o número de ECD’s e terapêutica que estes Doentes necessitam é também ele elevado e cada Doente e/ou seu respetivo familiar consideram a sua situação mais prioritária que a de qualquer outro,

acabando por vezes por a discórdia se instalar. O Enfermeiro torna-se um gestor de prioridades, no decorrer destes turnos fui-me apercebendo desta dinâmica e fui eu mesma chamando os Doentes à nossa sala para realização de terapêutica e/ou encaminhando os Doentes com o AO e ou familiar à realização dos ECD's priorizando-os de acordo com o que entendia como mais urgente, o que me permitiu desenvolver competências na área da gestão e priorização de cuidados e da comunicação com o Familiar.

A manutenção da Privacidade nos procedimentos nem sempre é fácil, contudo consegui constatar que os Enfermeiros do Serviço estão alerta para tal, garantindo sempre que os procedimentos que impliquem a exposição corpórea são realizados em gabinetes fechados, nem que para tal se tenha de esperar e demorar mais, tendo assim uma prática correta.

Silva (2007:205) percebe a “Além da sala de emergência, e em alguns hospitais que recebem Doentes graves, os serviços de urgência são constituídos na generalidade por um vasto complexo de halls abertos, corredores e salas de trabalho, de exames, de observação e de espera - um verdadeiro labirinto, que acolhe uma variedade de Utentes (...) espaços amplos, despersonalizados, partilhados por muitos clientes e também por vários profissionais de saúde que se movimentam rapidamente de um lado para o outro, comprometendo a um nível elevado a individualidade e privacidade da pessoa.”

Neste sentido, a alínea a) do artigo 86.º, relativo ao respeito pela intimidade, do CDE aponta para o dever do Enfermeiro de “Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família” (Lei n.º 111/2009:6548).

Por sua vez a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (DGS, 2011) vem corroborar esta questão aludindo para este direito no nº 11, quando refere que “O Doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico.”

Todos os fatores já descritos anteriormente concorrem para um elevadíssimo número de cuidados a desenvolver a estes Doentes, o que condiciona que por vezes acabe por ser relegada para segundo plano a necessidade de alimentação e/ou eliminação, sobretudo nos Doentes mais dependentes. Esta situação foi por mim identificada em três dos turnos em que apoiei esta área dos Laranjas, tendo alertado calmamente para tal a Enfermeira Orientadora e/ou os AO presentes e tomando as diligências necessárias para

realização destes cuidados. À medida que a terapêutica é administrada e os ECD's realizados, vamos “dando baixa” destes procedimentos no software informático, ficando com um ecrã “limpo”. Em determinados turnos, a dinâmica da sala dos “Laranjas” é mais complexa de gerir dado que chega a comportar mais de 40 Doentes simultaneamente. No final, estes Doentes têm quatro destinos possíveis: alta clínica para domicílio, encaminhamento para hospital de origem, envio para outra especialidade clínica ou internamento.

Num turno fui escalada com a Enfermeira Orientadora no SO, estando ela escalada em funções de coordenação de SO. Esta função é distribuída pelo Enfermeiro Coordenador que geralmente escolhe o Enfermeiro mais graduado para a mesma.

O SO é uma estrutura física que comporta 16 Doentes. No turno da tarde são escalados 4 Enfermeiros para o SO, o Enfermeiro Coordenador do SO (que não tem Doentes atribuídos) e 3 em prestação direta de cuidados. Há ainda um quinto Enfermeiro no SO, chamado o Enfermeiro de transferências, que também não tem Doentes atribuídos. Este Enfermeiro tem funções muito específicas, contudo de vital importância: verifica o stock das malas de transporte intra hospitalar; verifica o funcionamento dos monitores cardíacos, ventiladores não invasivos, seringas e bombas infusoras que não estejam a ser usados nesse momento. É ainda este Enfermeiro que realiza o acompanhamento intra hospitalar dos Doentes do SO que precisem de se deslocar para a realização de exames diagnósticos, para ir ao bloco operatório ou para o internamento. Pontualmente poderá ter de transferir algum Doente do SO para outro Hospital, nomeadamente para Hospital da sua zona de referência.

A função de coordenação do SO é deveras exigente, sobretudo em turnos em que os Doentes estejam mais instáveis. O coordenador tem de possuir várias competências: liderança, gestão de prioridades, capacidades comunicacionais e de motivação e de gestão de conflitos. O Enfermeiro coordenador tem de estar sempre atento, observando continuamente o sistema informático, onde vão surgindo imensas prescrições de medicação e ECD's de cada Doente, dada a sua instabilidade. O Enfermeiro coordenador no decurso do turno vai utilizando as competências supra citadas no sentido de alertar os Enfermeiros para atrasos na administração de terapêutica e na realização de exames. Faz igualmente a gestão dos tempos de pausa destes Enfermeiros, substitui-os quando se ausentam para jantar, ajuda os Enfermeiros a estabelecer

prioridades nos cuidados prestados aos Doentes, presta ele mesmo cuidados sempre que o colega estiver muito atarefado e articula a comunicação entre a equipa médica (que se encontra em presença física no Serviço) e os Enfermeiros que se encontram a prestar cuidados. A capacidade de liderança manifesta-se em todos estes momentos.

Recordo com especial agrado uma situação que decorreu nos “Vermelhos” em que consegui perceber o Profissionalismo da Equipa de Enfermagem do Serviço. Em questão, uma Senhora com cerca de 70 anos de etnia cigana que foi trazida ao SU pela nora com um quadro compatível com EAP (Edema Agudo do Pulmão). Foi triada com pulseira laranja e foi prontamente atendida pela Equipa. O respeito pelos valores socio-culturais em situações de emergência, nem sempre é fácil de gerir, sobretudo numa situação urgente. Contudo, e para meu agrado, consegui perceber que por várias vezes e por vários colegas foi tentado explicar a necessidade de todos os procedimentos à Doente que se mostrava completamente renitente. Se por um lado era emergente monitorizar a senhora, proceder à exposição corpórea, colher sangue para análises, colocar uma drenagem vesical e administrar terapêutica prescrita, por outra tínhamos uma Doente completamente renitente à intervenção de Enfermagem e à intervenção médica. A Utente apresentava-se gradualmente mais dispneica e sudorética. Nessa altura pedi à AO que fosse à entrada do SU chamar a nora para tentar convencer a Doente a aceitar os procedimentos. A nora entrou no Serviço, falou com a Doente que, embora com alguma renitência, nos deixou monitorizá-la, colher sangue e administrar a terapêutica mais urgente. Entretanto foi explicada à nora a necessidade de transferi-la para SO. A colocação de drenagem vesical, a administração de segunda linha terapêutica, bem como a realização de ECD's já só nos foi permitida pela Utente no interior do SO. Sendo este Serviço de urgência tão amplo, a que recorrem Doentes de variadas nacionalidade e etnias, é sempre muito bom perceber que os Enfermeiros deste serviço estão despertos para estas situações e possuem esta capacidade de abertura ao cuidar multicultural.

O Estágio permitiu-me a aquisição de competências inerentes ao meu desempenho e percurso para concretização da especialidade, tendo sido rico em oportunidades de desenvolvimento do conhecimento, da prática e da reflexão em Enfermagem. Para melhor compreensão utilizarei os domínios das competências comuns de Enfermeiro Especialista de acordo com o Modelo de desenvolvimento Profissional (MDP) (Ordem

Enfermeiros, 2009) que são a gestão da qualidade, gestão dos cuidados, responsabilidade profissional, ética e legal e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Deste modo, abordarei os objetivos específicos do Estágio do SU de acordo com os domínios das competências do Enfermeiro Especialista e uma abordagem crítica e reflexiva das atividades/estratégias salientando a sua relevância e adequação.

Em jeito de conclusão não posso deixar de fazer um reparo, que se constitui um Louvor a toda a Equipa de Enfermagem. Após poucas horas de Estágio, volvido apenas três ou quatro turnos, um elemento exterior como eu, consegue perceber que os Enfermeiros deste serviço apresentam uma capacidade intuitiva diagnóstica notável, presente em maior ou menor grau nos diferentes colegas. Esta intuição embora seja dificilmente explicável em termos racionais, é a componente que permite a estes Enfermeiros dizer “eu não sei o que este Doente tem mas ele não está bem”, e isto acontece imediatamente antes da monitorização do Doente em que se constata que realmente ele não está bem. Esta perceção apurada resulta da prática continuada dos colegas e da vivência contínua de diversas situações clínicas. Segundo Benner esta competência de intuição caracteriza Enfermeiros como peritos e contribui para a excelência do cuidar. As competências destes Enfermeiros situam-se no nível Perito, segundo Benner. Na perspetiva de Mendonça (2009:31) “ (...) a competência existe enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interação com o meio envolvente. A competência não é estática, não resulta tão somente de conhecimentos adquiridos, mas é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos”. Deste modo emerge o conceito de reconhecimento, reforçando-o como sendo intrínseco à aquisição de competência, uma vez que esta só existe se for reconhecida por outro. A abordagem efetuada por Benner (2001:61) reflete o processo de aquisição e desenvolvimento de competências. De acordo com a autora a competência está associada ao nível de excelência do cuidar, correspondente ao estágio de perita, onde existe uma versatilidade segura na atuação da Enfermeira que ela descreve como “poder de transformação”. Esta versatilidade está relacionada com a competência para atuar em situações de emergência ou inesperadas com segurança, sendo capaz de antecipar riscos e minimizar complicações, o que é imprescindível no atendimento à pessoa em situação crítica.

A relação que estabeleci com a equipa multidisciplinar foi boa, saliento a relação com a equipa de Enfermagem e naturalmente destaco a relação com a Enfermeira Orientadora. A nível de orientação, considero que não poderia ter melhor profissional a meu lado dado a sua capacidade de prestação de cuidados ao Doente crítico, nomeadamente vítima de Grande Trauma.



## 2.2 MÓDULO DE CUIDADOS INTENSIVOS

As Unidades de Cuidados Intensivos integram-se no conceito de unidades de cuidados, que dispõem de áreas distintas e organizadas com tecnologia específica e avançada. Há a concentração de saberes e competências diferenciadas na qualificação de recursos humanos que permitam dar resposta aos objetivos para que foram criadas como se refere nas recomendações para o desenvolvimento dos cuidados intensivos, emanadas pelo Ministério da saúde – DGS, (2003). O cuidado de Enfermagem à Pessoa em situação crítica em contexto específico de Cuidados Intensivos é envolto de cuidados tecnicamente muito diferenciados, todavia deve ser mantida sempre a perspetiva holística de Cuidar como traço caracterizador e foco essencial de ação, numa profissão de relação que implica um conjunto de valores e crenças humanistas.

O Modulo de Cuidados Intensivos decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCICCT) de um Hospital da Grande Lisboa, que se encontra inserido no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. A Unidade foi criada para dar uma resposta diferenciada ao Paciente Crítico submetido a Cirurgia Cardiorácica. É uma Unidade que iniciou o seu funcionamento num espaço próprio, pensado para esse fim, destinada a Doentes (Adultos e crianças) do foro cirúrgico, sendo o “alvo” de cuidados o Doente com patologia cardíaca e a sua família/pessoa de referência.

Defini como objetivo geral para este Estágio:

- *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao Doente em situação crítica e à sua família/pessoa significativa na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica.*

O Serviço tem capacidade para dez Doentes Adultos e três Doentes Pediátricos (0 aos 18 anos). Logo à entrada existe uma sala (denominada a Sala Azul), que tem capacidade para cinco Doentes. Contiguamente apresentam-se quatro quartos Individuais que permitem o Isolamento de Doentes. Três destes quartos destinam-se a Doentes com Patologia Infeto contagiosa com necessidade de Isolamento (de Contato, de Gotícula ou

de Via Aérea). Um ultimo quarto de Isolamento destina-se exclusivamente ao Doente submetido a Transplante Cardíaco (que requer medidas de Isolamento protetor).

A Pediatria encontra-se em zona própria, um espaço relativamente amplo, com muita luz natural no topo poente do Serviço. Embora os objetivos de Estágio sejam direcionados ao Doente Critico Adulto em quatro situações de instabilidade hemodinâmica de Utentes Pediátricos colaborei na prestação de cuidados. Foram situações que me possibilitaram a perceção da fragilidade destes Doentes. Apresentam na sua maioria uma tenra idade, os sistemas imunitários deficitários, com capacidade de resposta hemodinâmica baixa e prognósticos reservados.

Consegui claramente percecionar em variadas situações a angústia dos pais e todo um manancial emocional complexo, quando vêm os seus filhos tão pequenos internados num Serviço de Peri Operatório complexo, monitorizados, ventilados, com várias perfusões e sem poderem fazer grande coisa para os auxiliarem a melhorarem. A transposição dos grandes vasos, a comunicação interauricular (CIA), a comunicação interventricular (CIV), a coartação da aorta grave e a Tetralogia de Fallot (cardiopatia congénita grave composta por 4 alterações de formação cardíaca complexas: estenose pulmonar, defeito septal ventricular (DSV) com CIV, aorta que se sobrepõe ao defeito septal ventricular e hipertrofia do ventrículo direito), são diagnósticos complexos com necessidade urgente de cirurgia. Os Doentes têm maioritariamente entre 0 dias de vida e 3 anos de vida, podem ser oriundos de qualquer Hospital do SNS de Lisboa, fazem pré operatório até estabilizarem na Enfermaria Pediátrica do referido Hospital do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e assim que estabilizados são submetidos a cirurgia. Fazem o pós operatório na UCICCT, pelo que pós extubados e estabilizados imediatamente são reencaminhados à Enfermaria Pediátrica onde permanecem durante mais um ou vários dias e após têm alta clinica para domicilio ou são enviados para Hospital de Referência. O Doente adulto admitido no Serviço é maioritariamente proveniente do Bloco Operatório, onde foi submetido a cirurgia cardíaca. A exceção comporta o Doente que vem referenciado numa situação emergente de outro Hospital da região Lisboa (ex. Hospital Cascais) com dor pré cordial e/ou outra sintomatologia grave compatível com diagnóstico de foro cardíaco que implique necessidade de intervenção cirúrgica imediata para realização de Bypass ou de correção de disseção da aorta. São Doentes com patologia cardíaca que necessitam de intervenção cirúrgica diferenciada imediata. Nesta situação o Doente é acolhido diretamente na UCICT, é colhido sangue para análises pré operatórias, obtido consentimento informado, feito ecocardiograma

transtorácico e preparação pré operatória e encaminhado o Doente ao BO. Pós cirurgia o Doente regressa à Unidade para cumprir o pós operatório. A vantagem do Enfermeiro em prestar Cuidados neste Serviço é que pode cuidar do Doente em várias fases do Peri-Operatório.

Os Doentes internados na Unidade a cumprir pós operatório são decorrentes de cirurgias programadas. A realização de Bypass (com possibilidade de ser duplo (x2), triplo (x3), ou quádruplo (x4), com recurso a mamária, radial ou a safena), a correção de coarctação da aorta, a transplantação cardíaca, a colocação do Dispositivo de Assistência Ventricular (Berlin Heart), a implantação da válvula aórtica ou mitral, a implantação de anel tricúspide ou aloplastia da tricúspide, a drenagem de derrame pericárdico pela realização de “janela pericárdica”.

O método de trabalho é o individual, que consiste na atribuição de Doentes no rácio de 1:2 nos cuidados intensivos e de 1:4 nos cuidados intermédios. Apesar da metodologia de trabalho é promovido o trabalho em equipa. Em cada turno existe um chefe de equipa que não tem Doentes atribuídos, mas tem como funções efetuar a distribuição dos elementos (Enfermeiros e assistentes operacionais), orientar, colaborar e supervisionar a prestação de cuidados de Enfermagem em cada sector, na integração de novos profissionais entre outros, de modo a fomentar a supervisão clínica em Enfermagem. Esta é «atualmente uma das dimensões relevantes dos processos de promoção da qualidade e da acreditação, dados os ganhos que proporciona a nível da assistência» Abreu (2007:177).

Num contexto de Estágio tão rico facilmente define os objetivos de Estágio. Assim:

**Objetivo Específico nº1: Prestar Cuidados de Enfermagem especializados ao Doente situação crítica e ao Familiar/Pessoa de Referência na UCICCT.**

Tive oportunidade de desenvolver cuidados desde a admissão do Doente, no Pós-operatório imediato até à Alta. Os registos de Enfermagem são feitos em folha própria (a folha foi desenvolvida pela Enfermeira Orientadora). Encontra-se protocolado como Norma de Serviço que na primeira hora em que o Doente vem do BO os Sinais Vitais são avaliados e anotados na folha de registos numa frequência de 15 em 15 minutos; nas duas horas seguintes são avaliados de 30 em 30 minutos, de hora a hora até à extubação do Doente e posteriormente de duas em duas horas no Doente clinicamente estável.

A mais-valia de se estagiar num Serviço tão específico é a possibilidade de se ter vivências que em qualquer outro contexto de Estágio não seriam de todo possíveis, assim tive a possibilidade de prestar cuidados de Enfermagem a um Doente portador do Berlin Heart. O funcionamento do Berlin Heart já havia sido abordado em sala de aulas, contudo é completamente diferente assistir ao funcionamento do mesmo “*in loco*”. Sentir o funcionamento do mesmo na nossa própria mão é uma experiência única. Tive igualmente a oportunidade de prestar cuidados a uma Doente submetida a transplante cardíaco. A Sra. X apresentava inicialmente miocardiopatia dilatada com hipertensão pulmonar sintomática. Saiu do Bloco Operatório (BO) conectada a “*pacemaker*”, com perfusões de fármacos inotrópicos, para um quarto de isolamento protetor e com cobertura de imunossupressores. O transplante cardíaco é uma situação peculiar dado todos os cuidados de isolamento protetor que estes Doentes requerem, o que me permitiu a mobilização de conhecimentos e competências das áreas da prevenção de infeção.

Tive igualmente oportunidade de identificar os aspetos fundamentais a ter em conta, segundo uma perspetiva profissional avançada, na abordagem ao Doente com comprometimento da função respiratória, cardíaca e alterações hemodinâmicas em situações concretas. Recordo um Doente à chegada do BO sangrou 400cc em meia hora, apresentou alterações hemodinâmicas subsequentes na PVC e na TA, a Enfermeira chamou o médico e foram perfundidas ao Doente duas unidades de concentrado de eritrócitos e administrado complexo protrombínico, Octaplex. A hemorragia diminuiu, a TA e PVC estabilizaram. A Enfermeira insistiu na reposição de soroterapia e administração de albumina. Nesse mesmo dia tive igualmente oportunidade de assistir a uma reentubação de um Utente que havia sido extubado. Foi uma reentubação difícil, com aplicação de tubo armado. Recordei mentalmente a experiência de um Utente com tubo armado no Serviço de Urgência de um Hospital do Centro Hospitalar Lisboa Norte onde havia realizado o Estágio anterior.

Tive ainda oportunidade de participar em conjunto com um Enfermeiro do Serviço, Pós graduado em Nefrologia, que trabalha em part-time numa clinica de dialise, na preparação de um Doente Insuficiente Renal que havia sido submetido a cirurgia cardíaca. Esta vivência para mim representou uma mais valia, pois aprendi os cuidados ao Doente no momento de Dialise, aprendi a funcionar com uma Prisma e o Colega ainda me explicou detalhadamente os métodos dialíticos mais comuns (que já tinham

sido abordados na parte teórica do curso, em aulas de Enfermagem Médico-cirúrgica o que me proporcionou a mobilização de conhecimentos).

Independentemente de ser Doente programado ou emergente a unidade de cada Doente é organizada da mesma forma, os cuidados de Enfermagem no pós operatório é que são diferenciados de acordo com o tipo de intervenção cirúrgica e dos antecedentes pessoais que o Doente apresenta. A unidade de cada Doente é preparada sempre que prevista a chegada de um Doente de B.O., contudo geralmente preconiza-se a existência de uma Unidade suplente preparada. Cada Unidade é organizada de maneira igual de forma a comportar todo o material que possa ser necessário, minimizando assim a necessidade do Enfermeiro se deslocar para longe do Doente. Assim, consegue-se a prestação de cuidados “à cabeceira do Doente”, na sua área individualizada. Esta disposição do espaço e do material privilegia um método individualizado e responsável de trabalho com observação permanente e próxima de cada Doente.

Na situação específica do Doente que vai ao BO se encontra internado em Enfermaria, o Enfermeiro que na enfermaria tem esse Doente ao seu cuidado leva-o ao BO e antes de regressar ao seu Serviço vem à nossa Unidade deixar uma folha com informação clínica do mesmo (nome, idade, sexo, patologia, intervenção cirúrgica programada e antecedentes pessoais relevantes). Já perto do término da cirurgia, quando é iniciado o encerramento do externo o Colega do BO liga à UCICCT a requisitar uma cama para o BO. Nesse momento enviamos o nosso AO lá coloca-la e ficamos a montar a unidade do Doente. Antes de suturarem externamente o Doente o Colega liga de novo a informar (o que é muito útil pois permite-nos ter a percepção que em aproximadamente em 30 minutos temos de ir lá receber o Doente, permitindo assim uma melhor gestão do nosso tempo). Quando fomos ao BO ouvi toda a passagem de informação do Doente entre as colegas. A colega informa a patologia de base e a cirurgia realizada, o tipo de anestesia, as perfusões em curso e alguma eventual ocorrência adversa no decurso da cirurgia. Este momento decorre à porta do BO. O Doente é transportado pelo Enfermeiro, pelo AO e pelo Anestesista que “ambuza”/ventila manualmente o Doente desde o BO até se encontrar conectado ao ventilador da UCICCT. À chegada à unidade o Doente é instalado, tendo o Enfermeiro responsável e o ajudante funções distintas e coordenadas que se complementam.

No decurso do Estágio, e em momento de reflexão com a Enfermeira Orientadora detetei a necessidade um fio condutor para a “preparação da unidade” e para a admissão

do Doente proveniente do BO pelo que procedi à elaboração da Norma de Admissão do Doente na Unidade. (Apêndice IV)

Todo o Doente submetido a cirurgia cardíaca valvular ou de bypass traz dois drenos hemáticos que têm por função escoar o sangue e soro excedentes da cirurgia presentes dentro do tórax do Doente. Geralmente na extremidade dos drenos encontra-se um recipiente Cell Saver (tem por objetivo a recuperação do sangue do próprio Doente para re-infusão) que permanece durante as primeiras 4 horas pós operatórias. Posteriormente este sistema é substituído por um Sistema de Drenagem com selo de água. O Enfermeiro deve ter sempre presente o cuidado de “mugir os drenos”. Aparentemente uma técnica fácil de somenos importância, contudo se não for efetuada frequentemente assiste-se à formação de coágulos na tubuladora dos drenos que impedem a saída de sangue do tórax do Doente no pós operatório podendo conduzir a uma situação de tamponamento cardíaco e necessidade de abertura de tórax imediata como medida “life saving”. A vigilância do nível de drenagem hemática dos Doentes assume importância tal que se traduz numa coluna própria na Folha de Registos de Enfermagem do Serviço. O registo em local próprio na Folha permite uma perceção mais fidedigna e mais rápida das perdas hemáticas do Doente. Ressalvo que no cabeçalho desta Folha o Enfermeiro anota diariamente os valores analíticos da coagulação do Doente.

Existem ainda outros quatro domínios de igual importância no Doente em pós operatório imediato sendo eles: a manutenção da ventilação e do equilíbrio acido-base; a manutenção da função cardíaca; a manutenção da volémia e do equilíbrio hidro eletrolítico e a manutenção da função renal. Esta é a fase em que o equilíbrio do Doente crítico pode tornar-se mais complexo. Torna-se necessário ter em consideração um conjunto de fatores, o que muitas vezes se traduz numa “equação com muitos denominadores”. Quantas vezes me apercebi da Enfermeira Orientadora e outros colegas a interpretarem valores gasimétricos e de monitorização cardíaca e a mobilizarem conhecimentos para alterarem parâmetros ao ventilador, para aumentarem ou diminuírem ritmos de perfusões de inotrópicos, para ajustarem o aporte volumétrico ao Doente. Aprendi conceitos como: “o Doente negativou (quando o balanço hídrico é negativo)”, “é preciso preenche-lo (aumentar a volémia)” “a linha foi zerada (colocação do valor da linha arterial e/ou da pressão venosa a nível zero para a partir daí ter uma avaliação mais fidedigna destes parâmetros no monitor)”. Aprendi que um Doente submetido a bypass requer uma muito maior acurácia no sentido de não administrar

volume excessivo sobretudo se for bypass de artéria mamária por risco de deiscência de anastomose cirúrgica.

À chegada do Doente à Unidade o Anestesiologista programa os parâmetros do ventilador, contudo e à medida que o Enfermeiro vai realizando gasometrias ele otimiza os parâmetros do ventilador face à necessidade do Doente. É igualmente o Enfermeiro responsável que contacta telefonicamente o Médico de Serviço quando já considera o Doente apto para extubação para vir extubá-lo. E quando o Médico chega o Enfermeiro responsável já tem o Doente em modo SIMV e todo o material para a extubação preparado. O Enfermeiro da UCICT domina completamente os cuidados ao Doente ventilado, a técnica de Aspiração de secreções Brônquicas e o procedimento de extubação do Doente. No sentido de documentar estes procedimentos procedi à elaboração de três Normas de Procedimento de Enfermagem que foram aprovadas em Sede de Administração do CHLO e atualmente se encontram em suporte de papel e em suporte informático no Serviço. Normas direcionadas para a EET, para os Cuidados ao Doente Ventilado, para a Aspiração de Secreções no Doente Ventilado e para a Extubação do Doente Ventilado. (APÊNDICE VI).

É o Enfermeiro responsável pelo Doente que mediante o balanço hídrico deste (e tendo sempre presente se o Doente tem antecedentes pessoais relevantes) que otimiza o aporte volumétrico a fornecer. O ajuste ritmo das perfusões de inotrópicos e vasopressores do Doente é igualmente decidido pelo Enfermeiro Responsável. É ainda o Enfermeiro responsável que avalia se a hemorragia nos drenos torácicos é adequada ou excessiva, e se excessiva contacta o Médico de Serviço no sentido de vir prescrever complexos protrombínicos ao Doente, ou em último recurso proceder à reabertura do Doente. (Ocorreu uma situação de reabertura de tórax de um Doente na Unidade mas com muita pena minha ocorreu num turno em que não estava presente). Constato, assim que o Enfermeiro na Unidade tem uma atuação muito autónoma. A autonomia profissional verificada na atuação do Enfermeiro na UCICCT deriva do reconhecido profissionalismo que a equipa médica percebe na Equipa de Enfermagem. Na UCICCT os procedimentos são muito diferenciados dada a especificidade dos Doentes internados e o facto de ser reconhecida competência aos Enfermeiros e consequentemente permitida autonomia da atuação permite um acréscimo de qualidade aos cuidados prestados.

Particpei nas atividades de gestão do Serviço mais frequentes, colaborando com Enfermeira Chefe duma forma sistemática e crítica sempre que a Enfermeira destacada como a Enfermeira Responsável de Serviço era a minha Orientadora. Quando se encontra assim destacada exerce sobretudo funções de Gestão do Serviço. Contudo, acaba também por auxiliar na prestação cuidados gerais de Enfermagem para ajudar alguma Colega sempre que necessário. Ou dá apoio nos cuidados sempre que um Doente estável destabilize e necessite de cuidados emergentes para restabelecimento do equilíbrio hemodinâmico. Nas manhãs em que a Enfermeira Orientadora é Responsável de turno recebe a passagem de turno de todos os Doentes do Serviço pela Enfermeira Responsável do turno da noite. Este momento ocorre no Gabinete da Enfermeira Chefe na presença da mesma e dura cerca de 45-60 min. aproximadamente. Após este momento a Enfermeira Chefe sai para ir reunir com a Enfermeira Chefe da Enfermaria de intermédios. (Serviço para onde os Doentes adultos transitam aquando da alta da Unidade) e com a Equipa de Cirurgiões Cardiorácicos.

A Unidade encontra-se muito bem estruturada a nível de hierarquização de Chefias. Existem seis Responsáveis de Serviço sendo duas delas Enfermeiras Especialistas (A Enfermeira que é a minha Orientadora, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica). As restantes quatro Enfermeiras Responsáveis pelo Serviço são as quatro Enfermeiras com mais tempo de antiguidade ao Serviço. A nível de hierarquia e imediatamente abaixo das Responsáveis de Serviço encontram-se os Chefes de Equipa, são cinco. Chefe de Equipa é a pessoa mais graduada de entre nove elementos de cada uma das cinco equipas do Serviço.

As Responsáveis de Serviço fazem essencialmente horário de manhãs e tardes, sobretudo de semana. Ao fim de semana e noites de semana quando não se encontra nenhuma Responsável de Serviço é o Chefe da Equipa que se encontra escalado que recebe o turno na íntegra e que no final de turno colhe notas de todos os Doentes e passa testemunho ao próximo Responsável de turno. Toda esta experiência abriu-me horizontes na perceção do que é a gestão de um Serviço. O desenvolvimento de competência na área da gestão assume assim um papel deveras importante nas funções de um Enfermeiro Especialista. Toda esta dinâmica se encontra descrita num suporte teórico desenvolvido pela minha Enfermeira Orientadora intitulado “Manual de Supervisão clínica de novos Enfermeiros”. Curioso que o manual segue o modelo de desenvolvimento de competências de Patrícia Benner, segundo este modelo o Enfermeiro progride de iniciado a perito. A validação de competências na Unidade é



feita através de três momentos distintos de entrevista em que participa o Enfermeiro a avaliar, o Enfermeiro no nível imediatamente superior de competência e a Enfermeira Chefe.

No sentido de colaborar com a Enfermeira Chefe no âmbito da chefia e simultaneamente da gestão elaborei, em convívência com a Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe o Modelo de Registo Informático de Formação Frequentada pelos Enfermeiros. (Apêndice VI).

Contribuí igualmente para o desenvolvimento do Projeto de Melhoria Contínua de Cuidados de Enfermagem “Monitorização da Avaliação da Dor” na UCICT em conjunto com a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira Chefe. (Apêndice V).

**Objetivo Específico nº2: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica na Unidade estimulando os Enfermeiros a mobilizarem estratégias na comunicação com o Familiar/Pessoa de Referência do Doente Crítico.**

#### A Comunicação com o Familiar/Pessoa de Referência

O acolhimento visa diminuir a ansiedade da família/pessoa significativa, recolher informação necessária e preparar e acompanhar a família para o encontro com o Doente, pois numa Unidade de Cuidados Intensivos, este encontra-se rodeado de equipamentos que por si só, ou aliada à patologia do Doente é assustador para quem se confronta com a mesma. Assim, na primeira visita e sempre que possível, entram duas pessoas em simultâneo, acompanhadas pelo Enfermeiro, sendo este um elemento fundamental para reduzir a ansiedade e responder a eventuais dúvidas que possam surgir.

«Acolhimento é atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários hospitalizados e de seus familiares, sendo estes considerados os indivíduos que necessitam de cuidados em saúde no cenário hospitalar» Martins et al (2008:1092) refere que «atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a co-responsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro (...) são ingredientes básicos para efetivar o acolhimento.» No estudo exploratório e de campo sobre o «Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de Enfermagem», de Inaba et al (2005:428) concluem

que a: «Comunicação adequada para os familiares é conversar e receber informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber; é entender o que o outro quer transmitir e sentir-se bem atendido, tratado também com carinho e paciência. É aquela em que há informações claras e objetivas; há explicações sobre o estado do paciente e sobre os equipamentos, sondas, cateteres e drenos nele existentes. Existe a necessidade das famílias de se comunicar com a equipe de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como, ter satisfeita sua necessidade de conforto, receber palavras carinhosas e atenção”. Comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”. Phaneuf (2005:23)

A comunicação permite relacionarmo-nos com os outros, tornando-nos um ser social e constitui um pilar importante onde assenta a humanização dos cuidados de saúde. A comunicação eficaz em ambiente hospitalar “permite um cuidar autêntico ao paciente, e não um simples tratar, porquanto permite a este exteriorizar as suas necessidades na busca de soluções, com ênfase na sua individualidade, promovendo um relacionamento interpessoal como proposta de minimizar o processo de despersonalização” Carneiro et al (2009:325)

O cuidar, inclusive do familiar, implica em perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Não é suficiente deixar a família entrar na UTI, é necessário cuidá-la para potencializar nosso trabalho na Enfermagem; é preciso questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhe as reações e comportamentos, entender-lhe as emoções.»

A presença tecnologia mais avançada (característica sempre presente em contexto de UCI) causa impacto na percepção do estado clínico do Doente por parte do seu familiar. A conjugação de toda esta tecnicidade com o humanismo no cuidado que é proporcionado ao Doente e na comunicação com familiares nem sempre é fácil. Esta dificuldade geralmente é vivenciada pela Equipa de Enfermagem e relatada pelos familiares.

A construção dos saberes implicados no cuidar da pessoa em situação crítica, nomeadamente na esfera da comunicação com a família do Doente, contribui para qualidade dos cuidados e para o respeito pela individualidade que cada Doente apresenta. A interação estabelecida é um fator reconhecido como essencial para o desenvolvimento das competências relacionais e humanas necessárias à relação terapêutica com o binómio Doente/Familiar. Com o internamento, a pessoa sofre uma rutura com todo o ambiente em que está inserida, ficando distante daqueles que lhe são

significativos, o que, por si só, já é uma situação geradora de stress. A pessoa em situação crítica e /ou falência multiorgânica que fica internada numa unidade de cuidados intensivos é alvo de inúmeros procedimentos invasivos, sendo estes, uma grande parte das vezes, sentidos pelo Doente e pelos familiares como ameaçadores.

A mudança a que a pessoa em situação crítica é sujeita com o internamento numa UCI é vista por Meleis (2010:25) como um processo de transição. De acordo com a mesma autora, este conceito de Transição relaciona-se com adaptação, desenvolvimento humano, expansão de consciência, podendo definir-se como uma passagem de um estado para outro, sendo a qualidade de vida e o conforto a finalidade desse mesmo processo. É considerado como um conceito central na Enfermagem, onde o cuidar deve ser visto como um processo que facilita as transições. As condições que conduzem aos processos de transição estão basicamente ligadas a três tipos de transição: a desenvolvimental, a situacional e a de saúde/doença, as quais podem gerar instabilidade, produzindo efeitos negativos e profundas alterações passageiras ou permanentes, deixando a sua marca no Doente e no familiar. O estabelecimento da relação Enfermeiro/Doente/familiar, frequentemente, ocorre associada a um episódio de internamento, durante períodos de maior ou menor instabilidade clínica do Doente. O conceito de transição surge em Meleis (2010:25) como “um processo de passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro durante o qual as mudanças no estado de saúde, as relações de papéis, expectativas, capacidades criam um período de vulnerabilidades”. O Enfermeiro que trabalha na UCI deve estar sensível para reconhecer necessidades do familiar decorrentes do internamento do Doente tendo como fim último a promoção da superação da crise instalada e o alcance do Conforto. Em Sousa (2014:41) o conforto é descrito como um conceito tangível e um estado dinâmico. Como estado dinâmico que é deve ser almejado constantemente e é nesse sentido que a ação do Enfermeiro se deve pautar. Kolkaba (2003) percebe o apoio à família como confortador e associado ao contexto sociocultural em que se insere. Sousa (2014:49) percebe “(...) o conforto como foco de intenção e objetivo último do Enfermeiro e, por outro lado, as necessidades de conforto como individuais, situacionais e dependentes do contexto, pensamos que o desenvolvimento de competências subjacentes ao processo do conforto, bem como o reconhecimento de estratégias e intervenções promotoras do mesmo, são aspetos essenciais quer na prática e gestão de cuidados quer na formação dos Enfermeiros.”

CIPE (2013:37), define crise familiar como um “desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos e para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso e comunicação familiar ineficaz.”

Como forma de apoiar a família Phaneuf (2005:42), definiu como estratégia: a inclusão da família nos cuidados sempre que possível. Para a autora, a participação nos cuidados, em tarefas simples como ajudar a alimentar-se por exemplo, ajuda a diminuir os sentimentos de impotência. O facto de lhes ser permitido participar, permite-lhes desculpabilizarem-se por estar bem de saúde, incapazes de fazer qualquer coisa de útil enquanto um dos seus entes queridos está em sofrimento.

A Carta dos Direitos do Doente Internado, consagra na alínea 13ª que “As instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afetivo que podem dar “entes significativos” para o Doente.” Sendo o Enfermeiro, o profissional que passa mais tempo com o Doente, estando presente desde o momento da admissão até à alta, deve orientar e ajudar a família envolvendo-a nos cuidados e despistando precocemente sinais de mau estar ou insegurança (DGS, 2011:11).

A importância do desenvolvimento de competências comunicacionais pelo Enfermeiro é realçada por Ferreira & Dias (2005) quando referem que: “Da mesma forma que procuramos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de Enfermagem para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação em relação às habilidades designadas por comportamentos e competências ligados às funções de contacto (o toque, o olhar, as distâncias, as posições físicas, o tempo, a escuta, e os meios de comunicação).”

“Uma UCI é um local onde é exercida a profissão de Enfermagem com um grau elevado de exigência pois, além do conhecimento e domínio de toda a tecnologia que a envolve, de competências técnico - científicas específicas do atendimento à pessoa em situação crítica, o Enfermeiro precisa de desenvolver uma relação terapêutica com um Doente que possui limitações de comunicação, onde “a qualidade da relação é determinante na qualidade do trabalho do Enfermeiro implicando um bom conhecimento de si próprio, sensibilidade aos diferentes níveis de comunicação e perspicácia para que se aperceba de tudo o que passa durante a mesma relação.” Ferreira & Dias (2005)

Quanto a este objetivo específico delinee como atividade a realização do Artigo “Quais as estratégias comunicacionais que o Enfermeiro deve utilizar com o Familiar do Doente

internado na UTI?” (que se encontra anexo no Relatório) e procedi igualmente à realização do “Guia do Familiar”. (Apêndice V)

O “Guia Familiar” funciona como instrumento de suporte à interação do Enfermeiro com a Pessoa de Referência do Doente crítico internado na Unidade, no pós operatório imediato. A presença de uma pessoa de referência junto do Doente crítico na Unidade constitui uma mais valia e pode concorrer para o conforto psicológico e físico deste e quiçá para a sua recuperação. Contudo o familiar naturalmente encontra-se apreensivo em relação ao estado geral do Doente demonstrando ansiedade e até mesmo stress perante a parafernália de dispositivos invasivos com que se depara quando se aproxima do Doente no pós operatório imediato. No decurso do Estágio confesso que esta “inquietação” dos familiares também me inquietou de algum modo. “Como correu a operação?”, “Ele está a dormir?”, “Ele respira?” “Ele consegue ouvir?”, “Ele tem dor?”, “Ele tem frio ou fome?”, “Para que servem aqueles números do monitor?”, “Para que é que ele tem aqueles tubos com sangue?” Foram algumas das questões dos familiares que mais anotei no meu bloco de notas. Em momento de reflexão posterior já em casa decidi realizar a pesquisa para o referido artigo em bases de dados científicas. Dado que a última evidência científica evidencia a importância do fornecimento de informação de forma clara e concisa simultânea à entrega de suporte teórico que colmate as dúvidas e medos do familiar de referência, procedi à elaboração do referido Guia Familiar.

O Guia familiar consiste assim numa ferramenta de trabalho do Enfermeiro, é um panfleto elucidativo no sentido de colmatar estas e outras eventuais questões que possam assolar o familiar. Foi aprovado em Conselho de Administração do CHLO para grande agrado meu. Aquando da receção do familiar que “toca à campainha” para visitar o Doente no pós operatório imediato, o AO já leva consigo o Guia do Familiar do Doente internado na UCICT e procede à sua entrega. Quando o familiar se aproxima do Enfermeiro responsável pelo Doente questiona se já leu o Guia Familiar, se ficou elucidado e se precisa de mais algum eventual esclarecimento. Lamento apenas o fato do Estágio não ter uma maior duração por forma a ter oportunidade de perceber até que ponto a implementação do Guia Familiar contribuiu para melhorar a comunicação com o familiar do Doente, e em última instância melhorar a qualidade dos cuidados dos colegas.

Em suma, os objetivos específicos por mim delineados foram concretizados na sua íntegra. Consegui em contexto de Estágio prestar cuidados de Enfermagem especializados ao Cuidar o Doente em situação crítica na Unidade de Cuidados

Intensivos de Cirurgia Cardiorácica e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao Doente na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica estimulando a equipa de Enfermagem a aplicar estratégias para melhorar a comunicação com a Pessoa de Referência do Doente Crítico.

Desenvolvi um processo de integração em Estágio, na equipa multidisciplinar. Procurei inteirar a filosofia do Serviço, a metodologia de Serviço adotada, prestar cuidados ao Doente crítico e procedi à avaliação dos mesmos. Todavia tive a sorte de desenvolver competências na área da gestão, da investigação e formação. Esta possibilidade também adveio do fato de ter uma Orientadora muito dinâmica.

## 2.3 MÓDULO DE BLOCO OPERATÓRIO

O módulo III de Estágio era opcional. A minha opção recaiu sobre o BO dado que em meu entender, todos os cuidados de Enfermagem prestados no peri-operatório se podem enquadrar dentro dos conteúdos específicos da especialidade médico-cirúrgica. A localização do mesmo ser no Hospital onde desempenho funções prendeu-se com a particularidade de assim ser mais fácil conciliar os turnos de Estágio com as minhas obrigações profissionais e familiares.

O BO é uma unidade orgânico funcional autónoma, constituída por recursos humanos, técnicos e materiais, dotados de características que permitem prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados a Doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de manter, tratar e melhorar a sua qualidade de vida. É constituído pelo conjunto de várias Salas de Operações ou Suítes Operatórias reunidas numa mesma unidade imobiliária e que funcionam de forma autónoma. Apresenta de forma contígua uma Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). O Bloco Operatório (BO) tem por função a realização de intervenções cirúrgicas programadas e de urgência/emergência, bem como outros procedimentos que requerem um elevado nível de cuidados de assepsia e anestesia.

O BO está estrategicamente localizado numa área isolada de circulação geral do hospital, mas simultaneamente acessível aos Serviços dos quais podem advir e/ou receber os Doentes no pós alta do recobro, nomeadamente: a Urgência, a UCIP e os Serviços de internamento de valência cirúrgica. A Central de Esterilização e o Serviço de Apoio e secretariado também se encontram contíguos ao BO. A sua estrutura foi organizada de modo a facilitar o fluxo interno e externo de Doentes, pessoal e material nas três áreas definidas: área livre, área semi-restrita e área restrita – de acordo com o nível de assepsia preconizado para a realização das atividades específicas em cada uma delas.

O BO é um Serviço Hospitalar altamente diferenciado onde se prestam cuidados de Enfermagem específicos. A Enfermagem Perioperatória é cada vez mais uma realidade em Portugal. Enfermagem Perioperatória é definida como: “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo Enfermeiro da sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual,

o Enfermeiro reconhece as necessidades do Doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado” (AESOP, 2006).

Define-se como cuidados perioperatórios: “O conjunto de atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do Doente submetido a cirurgia e ou qualquer outro procedimento invasivo” (AESOP, 2006).

A AESOP e a OE têm desenvolvido esforços no sentido do desenvolvimento da Enfermagem Perioperatória com um lugar próprio. Têm, igualmente desenvolvido esforços enormes na divulgação das boas práticas em BO em Portugal.

A AESOP, especialmente desde 2011 e a Ordem dos Enfermeiros (OE) através da constituição do Grupo de trabalho OE - AESOP em 25/09/2012, conseguiram a aprovação da nova especialidade clínica de Enfermagem Perioperatória a 07/05/2015, em Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros.

O eixo estruturante desta especialidade clínica que tem como alvo de intervenção: a pessoa, ao longo de todo o seu ciclo de vida, a especificidade dos cuidados à pessoa em situação Perioperatória, desde antes do nascimento (procedimentos cirúrgicos in útero) ao “post mortem” (pessoa em morte cerebral, em situação de dador de órgãos e tecidos). O futuro da Enfermagem Perioperatória em Portugal adivinha-se promissor e passa pela definição do Regulamento da Especialidade Clínica em Enfermagem Perioperatória para publicação em Diário da República. Pela criação da mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Perioperatória, pela definição de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória e dos requisitos para atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória.

Preconiza-se que o Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação crítica consiga ter uma atenção sobre o Doente em todas as fases do Peri operatório, assim a Enfermagem peri operatória dá a resposta do cuidado de Enfermagem ao indivíduo na fase antes da Intervenção cirúrgica (zona de controlo/ “transfer” e antes da indução anestésica) onde os diagnósticos de Enfermagem mais associados são: medo e ansiedade associados ao procedimento cirúrgico. “Fácil será de prever que um Doente ao ser confrontado com uma intervenção cirúrgica vai criar uma situação geradora de ansiedade, provocando-lhe reações típicas e próprias” (Gonçalves, 2003).

Durante a intervenção cirúrgica o Enfermeiro pode desenvolver funções como Enfermeiro instrumentista, como Enfermeiro circulante ou como Enfermeiro



anestesista. Em cada um destes domínios as funções designadas estão bem definidas. Importa salientar que cada um dos três é igualmente importante. No período pós-operatório imediato o Enfermeiro que se encontra na UCPA (Recobro) tem de estar focado em vários diagnósticos reais ou potenciais do Doente, nomeadamente: dor; desequilíbrio hidroeletrólítico; hipotensão; desidratação; hipoglicémia; hipotermia e hemorragia. O uso da escala ALDRETE permite a monitorização assertiva da estabilidade hemodinâmica e deve ser de domínio de conhecimento dos Enfermeiros que desempenham funções na UCPA. Embora não seja de meu domínio é de prática diária do Enfermeiro que se encontra escalado na UCPA, dado que o “score” obtido da sua aplicação pode servir de suporte à decisão de alta para o internamento.

O desenvolvimento deste módulo de Estágio, tal como os dois anteriores teve como linha orientadora o projeto de Estágio. Tal como a própria definição conceptual da palavra projeto indica o mesmo é passível de mudança. Efetivamente o projeto que desenvolvi foi redirecionado ao longo do Estágio no sentido de dar uma maior ênfase à temática que preconizei como tema do módulo de Estágio: **“Segurança do Doente – o olhar do Enfermeiro Especialista no desenvolvimento de práticas seguras”**.

Assim, passo a definir o meu objetivo geral e subsequentes objetivos específicos, contextualizados nas práticas que levaram à sua concretização.

#### OBJETIVO GERAL

- *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao Doente em situação crítica e à sua família/pessoa significativa no BO.*

Os objetivos específicos delineados foram:

**Objetivo Específico nº1: Prestar Cuidados de Enfermagem especializados ao Doente situação crítica em contexto peri-operatório;**

**Objetivo Específico nº2: Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório pelo desenvolvimento de uma Prática Segura;**

O BO é um Serviço específico, muitas vezes percecionado pelos outros Serviços do Hospital como um ambiente fechado, em que os Enfermeiros não estabelecem uma

relação muito profunda com “quem vem de fora”. O meu percurso no BO permitiu-me concluir que a equipa multidisciplinar é muito recetiva e a minha integração decorreu como expectável. Ambos os Enfermeiros responsáveis pela minha orientação, e de forma geral os restantes Enfermeiros e equipa multidisciplinar foram acolhedores. Considero, ainda a Enfermeira Chefe uma pessoa excecional em profissionalismo, quer pela disponibilidade para ir às Salas do BO substituir as Colegas quando necessário, quer pela vertente relacional com todos os Enfermeiros da equipa que lidera. Porquanto foi referido considero que me integrei bem na equipa multidisciplinar. Todos me permitiram desenvolver cuidados nas diferentes fases do peri operatório. Fiz o acolhimento ao Doente no Transfer podendo nesse momento desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o mesmo no sentido de o tranquilizar. Desenvolvi cuidados nos três âmbitos do intra operatório: circulante, instrumentista e anestesista. Colaborei sempre com o orientador nessas funções. Abri material cirúrgico, forneci material esterilizado ao Instrumentista mantendo sempre os cuidados inerentes à técnica asséptica, procedi aos registos de Enfermagem, apliquei a lista de verificação pré cirúrgica, preparei e administrei uma anestesia geral e colaborei na preparação dos fármacos para a realização de raqui anestesia. Transferi Doentes do BO para a UCPA e posteriormente da UCPA para a colega do Internamento, desenvolvendo competências comunicacionais no âmbito da continuidade de cuidados ao Doente.

A segurança do Doente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI. Atualmente a qualidade de cuidados e a segurança do Doente têm sido amplamente discutidas na literatura internacional e nacional, assumindo um papel relevante no desenvolvimento de medidas promotoras de cuidados de saúde seguros.

A preocupação com a qualidade dos cuidados tem atravessado toda a história da medicina. Já Florence Nightingale em 1850 manifestava preocupações com a garantia da qualidade procurando através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias. Atualmente esta inquietação tem vindo a assumir uma importância crescente face aos importantes avanços tecnológicos e científicos no setor da saúde.

Cultura de segurança é o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho na gestão e segurança de uma organização. As oportunidades de melhoria estão identificadas, é necessário estabelecer um plano de melhoria no sentido de perceber quais as medidas de maior impacto na organização. Deve-se salientar as

estratégias conducentes aos melhores resultados, nomeadamente o “trabalho em equipa dentro das unidades” e o desenvolvimento de Projetos de Melhoria de Qualidade dos Cuidados para operacionalizar com sucesso essas mesmas medidas. Em 2009 a WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], através do relatório Global Priorities for Patient Safety Research, estabelece quais as áreas mais deficitárias de investigação constando, entre outras, a deficiente implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde e a existência de uma abordagem culpabilizante nos processos constituindo assim a redução de atos e ambientes não seguros um dos pilares basilares da cultura de segurança. Nas últimas décadas o avanço das tecnologias e do conhecimento favoreceu a crescente complexidade dos sistemas de saúde, onde interagem fatores pessoais, profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos potencialmente perigosos, ainda que eficazes, fazem da Segurança do Doente (SD), um imperativo global. Esta apresenta-se como uma componente estruturante e uma variável incontornável da qualidade em saúde. “Qualidade e Segurança em Saúde andam, assim, de mãos dadas podendo dizer-se que mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos. Fragata (2012:74).

No sentido de concretizar o segundo objetivo específico, executei sempre que me encontrava na Sala de Operações, sob a supervisão do Enfermeiro orientador presente. Procedi com o Enfermeiro Orientador à realização das Auditorias à Lista de Verificação pré-cirúrgica. Os resultados não foram os mais animadores, de qualquer forma o Enfermeiro Orientador delineou como estratégia numa fase posterior trabalhar estatisticamente os dados, envia-los à Enfermeira Chefe e implementar em conjunto com elas medidas no sentido de uma maior adesão à aplicação da referida lista. Procedi, após deteção de necessidade em Serviço, à atualização de conhecimentos das colegas através de uma formação em Serviço sobre as Práticas recomendadas pela AESOP no que se refere ao Vestuário recomendado no BO, aos Cuidados com o Uso da Eletrocirurgia e a Utilização de Campos Cirúrgicos no BO.

Procedi ainda no âmbito da qualidade de Práticas ao desenvolvimento de Protocolo para cirurgia de Colecistectomia. Encontro-me ainda a desenvolver mais dois Protocolos de Grandes Cirurgias abdominais que ponderei entregar o mais breve possível para integrarem o manual de qualidade do BO. A integração de Protocolos de atuação no Manual de Qualidade da Instituição reveste-se de particular importância dado que contribuiu para uma maior segurança de atuação do Enfermeiro. Enquanto futura Enfermeira Especialista, apraz-me muito saber que contribui para a Qualidade dos

Cuidados da Instituição e fomenta em mim o desejo de querer mais, de desenvolver mais projetos no meu próprio Serviço.

## CONCLUSÃO

O caminho percorrido durante esta etapa tornou-se engrandecedor, não consigo mensurar totalmente quanto, mas em certa medida considero-me maior como Profissional e como Pessoa. Cada momento foi alvo de reflexão e ponderação de forma a avançar no sentido de prestar sempre melhores cuidados. Considero que este momento que se vislumbra não é um fim em Si mas sim um momento de reflexão dos cuidados que prestei até hoje e sobre a forma de melhorar o meu desempenho em sentido à excelência do Cuidar que todo e cada Doente me merece. Mas, a excelência é fruto do empenho e como tal considero que o percurso formativo não acaba aqui, de todo. Perceciono a formação como uma forma de crescimento e considero que a mesma cada vez mais é um requisito fundamental para o exercício da Enfermagem. Para prestar cuidados de Enfermagem de qualidade, com a excelência almejada, torna-se assim necessário fundamentar o desempenho no saber científico e nos resultados da investigação atualizada.

A busca do conhecimento é um processo dinâmico para o exercício profissional, que requer atualização contínua. A evolução da ciência e da tecnologia e o despertar da profissão para a investigação devem constituir um estímulo para o Enfermeiro atualizar os seus conhecimentos, promovendo consequentemente o desenvolvimento de competências e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O período de Estágio foi muito enriquecedor em termos de competências para a mudança de práticas e simultaneamente consolidou saberes teóricos essenciais obtidos em sala de aula no MEEMC;

A busca da Excelência é complexa e deve ser construída diariamente. Sinto-me cada vez mais ávida a fazê-lo. Considero que cada vez mais reflito sobre a minha prática diária e analiso mentalmente a adequação e assertividade dos cuidados que presto.

Após reflexão sobre o realizado perceciono melhor a definição de Enfermeiro Especialista como sendo o elemento gerador de mudança no seio da Equipa Multidisciplinar. O Especialista deve percecionar as adversidades como momentos de crescimento e deve manter um espírito aberto a uma atualização que lhe permita servir como Modelo no Seio da Equipa e da Sociedade levando a um cada vez maior reconhecimento da nossa profissão.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. (2007). **Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos teorias e considerações didáticas**. 1ª Edição. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-87-0;

ABREU, W. (2010) – **Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais**. 2ª ed. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-13-3;

ADAMS, J. et al. (2013) – **Finding your way through EOL challenges in the ICU using Adaptive Leadership behaviours: A qualitative descriptive case study**. Intensive Crit Care Nurs. 29 (6), 1-15. Consultado 27 Março 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23879936>;

ADAMS, J. et al. (2014). **Nursing Strategies to Support Family Members of ICU Patients at High Risk of Dying**. Heart Lung. Vol. 43, p. 406-415. Consultado 27 Março 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655938>;

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). **Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório**. (3º Edição). Lisboa: AESOP;

ALARCÃO, I. & TAVARES, J. (2003). **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. 2ª Edição. Coimbra: Almedina, ISBN 978-97240-185-22;

ALEIXO, T. – **Contributo de Enfermagem para a Gestão**. 2010. (acedido online a 04/01/2016). <http://www.cpihts.com/PDF04/artigo%20gest%C3%A3o.pdf>

American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). **Advanced Trauma Life Support. ATLS United States of America** : American College of Surgeon. 978-1-880696-31-6;

American Heart Association. (2005). **American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care Circulation**;

ASLAKSON, R. et al. (2010). **Surgical intensive care unit clinician estimates of the adequacy of communication regarding patient prognosis**. Critical Care; 14 (6), 1-8.

Consultado 27 Março 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21114837>;

AVELLAR E DUARTE (2011). **Definição de projeto** [Em linha]. Brasil Consultado 8 Abril 2014. Disponível em: <http://www.avellareduarte.com.br/contextos/definicao-de-projeto-2/>

BENNER, P. (2001). **De Iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto, ISBN 972-8535-97;

CARNEIRO, A. et al. (2009). **Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em Enfermagem ao paciente hospitalizado**. Acta Paulista de Enfermagem, p. 324-327. Consultado a 27 Março 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>;

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE– O CENTRO HOSPITALAR: MISSÃO E VALORES.[Em linha]. Lisboa (2014). [Consult. a 31 de Janeiro de 2016]. Disponível em <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>;

CHALIFOUR, J. (2008). **A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da Relação de Ajuda**.Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-05-5

CHALIFOUR, J. (2009). **A Intervenção Terapêutica – Estratégias de Intervenção – (Volume 2)**. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-21-5

CIPE (Versão 2013) Consultado em 10 Maio 2016. Disponível em [https://membros.ordemEnfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE\\_2013\\_TabelasAtualizadas.pdf](https://membros.ordemEnfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE_2013_TabelasAtualizadas.pdf)

COLLIÉRE, Marie-Françoise. (1999). **Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; ISBN 978-97-2-757-109-3

COLLIÉRE, Marie Françoise. (2003). **Cuidar A primeira arte da vida**, 2ª edição – Loures: Lusociência; ISBN: 972-8383-53-3

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. 205 p. ISBN 978-92-95094-35-2.



DEODATO, S. (2004). Excelência do Exercício: Perspetiva Ética e Deontológica. Ordem dos Enfermeiros (V Seminário de Ética de Enfermagem), n.º15,48.

DEODATO, S. (2008). **Responsabilidade Profissional de Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Edições Almedina, 194p. ISBN 978-972-40-3401-0;

DOUGLAS, S. et al. (2012) – **Neglect of quality-of-life considerations in intensive care unit family meetings for long-stay intensive care unit patients**. Critical Care Medicine. 40 (2). 461-467. Consultado em 27 Março 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21963580>;

**Enfermagem - Enquadramento conceptual**; Enunciados descritivos. Divulgar, 1-24. Consultado em 01 Março 2015. Disponível em <http://www.ordemEnfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – **Relatório sobre “a carta dos direitos dos Utentes”**. [Em linha]. (Lisboa 2011) [Consult. a 26 de Janeiro de 2016] Disponível em [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/Relatorio\\_Carta\\_Direitos\\_Utentes.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/Relatorio_Carta_Direitos_Utentes.pdf).

FERNANDES, I. – **Factores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos Enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2007.166 p. ISBN 978-972-8485-88-7

FERNANDES, M.; LONGO, J. (2014). **Focus group e processo ensino-aprendizagem em Enfermagem: uma revisão sistemática da literatura**. Biomedical and Biopharmaceutical Research, (11) 1, 11-21. Consultado em 20/05/2016. Disponível em: <http://www.biomedicalandbiopharmaceuticalresearch.com>

FERREIRA, M.; DIAS, M. (2005) – **Ética e profissão: relacionamento interpessoal em Enfermagem**. Loures: Lusociência;

FIGUEIRA, F. (2004). **Valores universais na prática de Enfermagem: competência e aperfeiçoamento**, In V Seminário de Ética de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629. N.º15;

FORTIN, M. F. (2003). **O processo de Investigação: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X;

FORTUNATTI, C (2014). **Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory.** Investigación y Educación en Enfermería 32 (2), 306-316 consultado em abril de 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230040>

FRAGATA, J. (2012). **Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática.** Lisboa: Lidel-Edições Técnicas. ISBN 978-972-757-797-2;

FREITAS, Katia Santana; KIMURA, Miako; FERREIRA Karine Azevedo S.L. – **Necessidades de familiares de paciente em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado.** [Em linha]. São Paulo: [s.n.] 2005. 119p. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem [consultado. 1 Janeiro 2016]. Disponível em www:< URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18042006-163318/pt-br.php>

FREIXO, M. J. (2011). Teorias e Modelos de Comunicação. (2ª Edição). Lisboa: Instituto Piaget;

GAY, Elizabeth et al. (2009). **The intensive care unit family meeting: Making it happen.** J Crit Care. Vol. 24;

GONÇALVES, R. (2003). **Controlo do stress no acolhimento do Doente cirúrgico no bloco operatório.** Informar. Ano IX. Nº. 30. p. 14-18;

HANSON, S. (2005). – **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação.** 2ª ed , Loures : Lusociência,

HANSON, S., GEDALY-DUFF, & KAAKINEN, J. (2005). **Family Health Care Nursing: theory, prática and research.** 3ª Edição. Philadelphia: F.A. Davis Publishers;

HESBEEN, Walter. (2000). **Cuidar no Hospital.** Loures : Lusociência,. ISBN 972-8383-11-8;

HWANG, D. et al. (2014). **Assessment of Satisfaction with Care Among Family Members of Survivors in a Neuroscience Intensive Care Unit.** Journal Neurosci Nurs. Vol. 46, 106-116. Consultado em Abril 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24556658>;

INABA, L et al. (2005) – **Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de Enfermagem.** Rev Esc Enferm USP.39 (4), 423-429. Consultado a 27 Março 2015 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>;

KAAKINEN, J., GEDALY-DUFF, V., COELHO, D., & HANSON, S. (2010) – **Family health care Nursing. Theory, practice and research.** 4<sup>a</sup> Edição. Philadelphia: F.A. Davis. ISBN 978-0-8036-2166-4;

KOLCABA, K. (2003). **Confort theory and practice. A vision for the nature of holistic comfort.** New York: Springer Publishing Company;

KRIMSHTEIN, N. et al. (2011). **Training Nurses for Interdisciplinary Communication with Families in the Intensive Care Unit: An Intervention.** Journal of Palliative Medicine. Vol. 14, 1325-1331. Consultado 27 Março 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22132740>;

LAZURE, Hélène. (1994). **Viver a Relação de Ajuda.** Lisboa: Lusodidacta. 972-95399- 92-3;

LESKE, J. (1991) – **Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory.** *Heart & Lung*. [Em linha] 20 pp. Disponível em www:< URL: <http://europepmc.org/abstract/med/2032860>

MACEDO, A. (2003) – **Os Estágios dos estudantes de Enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar.** Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Lisboa : s.n.,

MANUILA, L. et al (2003) – **dicionário médico.** Lisboa:, CLIMEPSI. 3.<sup>a</sup> ed. ISBN 972-796-080-4

MARTINS, J et al (2008). - **O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional.** *Revista Eletronica de Enfermagem.* Vol.10 (4) 1091-1101. Consultado em 04 Janeiro 2016. Disponível em [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n4/v10n4a22.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a22.htm);

MELEIS, A. I. (2010) – **Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice**. New York: Spring Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6

MELO, M. (2005) – **Comunicação com o Doente: certezas e incógnitas**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-86-X.

MENDONÇA, S. (2009). **Competências Profissionais dos Enfermeiros: A Excelência do Cuidar**. (1ª Edição). Lisboa: Editorial Novembro. ISBN 978-989-8136-34-3;

MINUCHIN, S., LEE, W & SIMON G. (2008) – **Dominando a terapia familiar**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 978-8-5363-1343-6;

MOCK, C. et al. (2009). **Guidelines for trauma quality improvement programmes**. Geneva, World Health Organization;

NELSON, J. et al. (2010). **In their own word: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit**. Critical Care Medicine. Vol. 38, 808-818. Consultado 27 Março 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20198726>;

NEVES, M. C., & PACHECO, S. (2004). **Para Uma Ética Da Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra; ISBN 972-603-326-8

NUNES, L. (2008). **Responsabilidade ética e deontológica do Enfermeiro**. In **Ordem dos Enfermeiros**, Vol.29. pp.72-80;

NUNES, L. – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-17-8. P.353;

NUNES, Luísa. (2006). **Autonomia e responsabilidade na Tomada de Decisão de Enfermagem**. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2011) – **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Regulamento 2ª série – nº 35 nº 124/2011. Lisboa, Portugal: Diário da República;

Ordem dos Enfermeiros. (2003). **Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas**. Lisboa: Edições OE, Grafinter;

Ordem dos Enfermeiros (2001) – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Conselho de Enfermagem. Lisboa. 16 p.

Ordem dos Médicos. (2009). **Normas de Boa Prática em Trauma**, Lisboa;

OSSWALD, W. (2004). **Um fio de ética**. (2ª Edição). Coimbra: G.C. - Gráfica de Coimbra; ISBN 978-972-6033-27-1

PAIVA, A. (Jan./Fev, 2007). **Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina**. Servir N°55. P. 11-19. ISSN 0871-2379.;

PEIXOTO, I.; CÂNDIDO, M. (1997). **Visita Pré-operatória: Reflexo na Ansiedade dos Doentes**. Revista Enfermagem Agora. N°. 6, 2ª. Série. p. 30-36;

PHANEUF, M. 2005. **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Montreal: Lusociência, ISBN 978-972-8383-84-8;

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. (1998) **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva; ISBN 972-662-275-1

RABIAIS, Isabel (2003) – **Saber Ser...Implica acompanhar**. Acontece Enfermagem, Ano III, n°6, 7-11

Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência.[Em linha]. (2001). Lisboa. [Consult. a 31 de Janeiro de 2016]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20URG%C3%8ANCIA%20EMERG%C3%8ANCIA.pdf>

REPE. (1996). **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**;

RUSINOVA, K. et al. (2014) – **Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives – the DEPRESS study**. BMC Psychiatry. . 14 (21) ,1-7.

Consultado em 27 de Março 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931312/>;

SCHENKER, Y. et al. (2012) – **Her Husband Doesn't Speak Much English: Conducting a Family Meeting with an Interpreter**. Journal of Palliative Medicine. p. 494-498;

SCHEUNEMANN, L. et al. (2015) – **How Clinicians Discuss Critically Ill Patients' Preferences and Values with Surrogates: An Empirical Analysis**. Critical Care Medicine. 43 (4). 757-764. Consultado a 27 Março 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25565458>;

SILVA, A. (2007) – **O direito à privacidade do Doente no serviço de urgência**. Porto: Faculdade de Medicina,. 266 p. Dissertação de Mestrado em Bioética.

SLATORE, C. et al. (2012). **Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care**. Am J Crit Care, Vol. 21 (6), 410-418. Consultado em Abril 2015. Disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/21/6/410.full.pdf+html>;

SOUSA, P. (2014) – **O Conforto da Pessoa Idosa** – Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, ISBN 978-972-54-0440-9;

TOMMEY, A. & ALLIGOOD, M (2004) – **Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição, Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda., ISBN 972-8383-74-6

VIEIRA, M. (2009) – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora. ISBN: 978-972-54-0195-8;

VILELAS, J. (2009) – **Investigação: o processo de construção do conhecimento**. Lisboa : Edições Sílabo. ISBN: 978-972-6185-57-4;

WATSON, J. (2002). **Ciência humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem**. Camarate: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9;

WHITE, D. et al. (2012). **Nurse-Led intervention to improve surrogate decision making for advanced critical illness**. Am J Crit Care. 21, 396-409. Consultado 27 Março 2015, Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23117903>;

World Health Organization. (2002). **Quality of care: patient safety-Report by the Secretariat.** [Online] (acedido online a 04/01/2016) in: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ea5513.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf)

World Health Organization. (2004). **World Alliance for Patient Safety : forward programme.** [Online] (acedido online a 04/01/2016) in:[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)

WRIGHT, L. & LEAHEY, M.(2002) – **Enfermeiras e Famílias.** São Paulo: Editora Roca. ISBN 978-857-2413-46-6

## LEGISLAÇÃO

DR Despacho nº 727/2007 de 15 de Janeiro de 2007, do gabinete do Ministro da Saúde, que define as características da rede de serviços de urgência e os níveis de resposta que a integram

DR Despacho nº 18459 2006 de 12 de Setembro de 2014, do gabinete do Ministro da Saúde que define os níveis de urgência

DR Despacho nº 10319 2014 de 11 Agosto de 2014 do gabinete do Secretário de Estado adjunto do Ministro da Saúde, que cria o Sistema Integrado de Urgência e Emergência Médica

DR Despacho nº 5414 2008 de 28 Fevereiro de 2008, do gabinete do Ministro da Saúde que define os pontos de rede da rede de urgência e emergência

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro - Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril

Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho; Direito de acompanhamento dos Utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Ministério da Saúde. (2003). **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. Lisboa (2010). [Consult. a 31 de Janeiro de 2016]. Disponível em [http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica**. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa (2010). [Consult. a 30 de Janeiro de 2016]. Disponível em



[http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)



# Apêndices



## Apêndice I

# Escala de Avaliação Clínica do AVC Agudo e Escala de Avaliação da Força Muscular



## NIH Stroke Scale para avaliação clínica do AVC agudo (NIHSS)

### 1a- Nível de Consciência

0 - Responde, mesmo se obstáculos de interpretação	0 – consciente
1 - Responde a estímulo menor	1 – sonolento
2 -Responde a estímulo vigoroso	2 – estuporoso
3 - Resposta reflexa ou ausência total de resposta	3 – coma

### 1b-orientação (mês e idade)

2 - Doentes afásicos/ estuporosos	0 – ambas correctas
1 - Disartria grave	1 – 1 correcta
1 - "Barreira de linguagem"(tubo,etc) sem ser por afasia	2 – nenhuma correcta

### 1c – ordens verbais (abrir e fechar os olhos, apertar e largar mão não parética)

Valorizar as tentativas de resposta (não completadas por défice motor) Se afásico, fazer pantomina para mostrar o gesto pretendido	0 – cumpre ambas
	1 – cumpre 1
	2 – não cumpre nenhuma

### 2 – olhar conjugado (seguir dedo ou face do examinador ou reflexo oculo cefálico)

Testar só olhar horizontal e ver olhar voluntário (ou reflexo oculo-cefálico no caso de alt.consc.)

0 - Nistagmo, estrabismo antigo	
1 - Se desvio conjugado do olhar que reverte parcialmente voluntária ou reflexamente	0 – normal
1 - Parésia isolada do III, IV ou VI	1 – parésia parcial
2 - Desvio forçado do olhar que não reverte com reflexo oculo cefálico	2 – desvio forçado do olhar

### 3 – campos visuais (estímulos ou ameaça nos 4 quadrantes de cada olho) Basta doente olhar para lado onde se mexe os

### **dedos para aceitar que viu esse campo**

1 - Hemianópsia parcial, ex. quadrantanópsia Se problema prévio num olho, classificar pelo outro

3 - Se está cego bilateralmente Estimular simultaneamente os 2 lados (se extinção dar 1 e ajuda a classificar o item 11)

3- Coma

0 – normal

1 – hemianópsia parcial

2 – hemianópsia completa

3 – hemianópsia bilateral

### **4 – paralisia facial (comando ou dor)**

Parésia facial menor: apagamento da comissura nasolabial / assimetria do sorriso Simetria do esgar à dor se necessário

3 - só se coma ou enfarte do tronco

0 – normal

1 – menor

2 – parcial (face inf.)

3 – completa (face sup+inf )

0 – não baixa

1 – baixa parcialmente, não chega a pousar

2 – pausa, mas aguenta algum tempo

3 – não vence a gravidade, cai logo

4 – sem movimento

NT – amputação ou fusão articular

0 – não baixa

1 – baixa parcialmente, não chega a pousar

2 – pausa, mas aguenta algum tempo

3 – não vence a gravidade, cai logo

4 – sem movimento

NT – amputação ou fusão articular

### **5a – força membro superior esquerdo (10'' sentado 90°, deitado 45°)**

Testar 1 lado de cada vez e contar alto até 10 ou 5

No afásico tentar imitar

Começar pelo lado não parético

4 – Coma

### **5b – força membro superior direito (10'' sentado 90°, deitado 45°)**

### **6a – força membro inferior esquerdo (5''**

0 – não baixa



**deitado 30°)**

1 – baixa parcialmente, não chega a pousar

2 – pausa, mas aguenta algum tempo

3 – não vence a gravidade, cai logo

4 – sem movimento

NT – amputação ou fusão articular

0 – não baixa

**6b – força membro inferior direito (5”  
deitado 30°)**

1 – baixa parcialmente, não chega a pousar

2 – pausa, mas aguenta algum tempo

3 – não vence a gravidade, cai logo

4 – sem movimento

NT – amputação ou fusão articular

0 – normal

**7 – ataxia dos membros (dedo-nariz,  
calcanhar-joelho)**

1 – ataxia em 1 membro

2 – ataxia em 2 membros

NT – amputação ou fusão articular

0 – normal

**8 – sensibilidade (alfinete/ponta de pinça  
na face, tronco, membro superior e inferior,  
comparar 2 lados)**

1 – hipostesia ligeira

2 – hipostesia marcada (ausência de reacção dum lado ou hipostesia bilateral)

**9 – linguagem (nomear, descrever uma  
figura, ler uma frase)**

0 – sem afasia

1 – afasia ligeira a moderada

2 – afasia grave

3 – sem discurso, afasia global

**10 – disartria (avaliar clareza do discurso  
ao repetir lista de palavras)**

0 – articulação normal~

1 – disartria ligeira a moderada;

**11 – extinção (estímulos visuais e tácteis bilaterais simultâneos; anosognosia)**

2 – muito pouco perceptível;  
mutismo NT – entubado ou outra  
barreira física

0 – sem extinção

1 – extinção parcial

2 – extinção total

**Défice Ligeiro**

NIHSS < 5

**Défice Moderado**

NIHSS – 5-17

**Défice Grave**

NIHSS – 17-22

**Défice Muito Grave**

NIHSS > 22

### Escala de avaliação da Força Muscular

Grau 0	Ausência de movimento
Grau 1	Contração visível ou palpável, mas sem movimento articular associado
Grau 2	Contração muscular que apenas produz movimento em plano, com incapacidade de vencer a força de gravidade
Grau 3	Movimento contra gravidade, mas não contra resistência
Grau 4	Movimento contra um grau ligeiro de resistência
Grau 4+	Movimento firme contra forte resistência

Grau 5

Contração muscular capaz de mover articulação  
contra gravidade e contra resistência sem cansaço  
ou dificuldade aparente

Rev Port Med Int 2011; 18(3)

## Apêndice II

### Panfleto da Drepanocitose



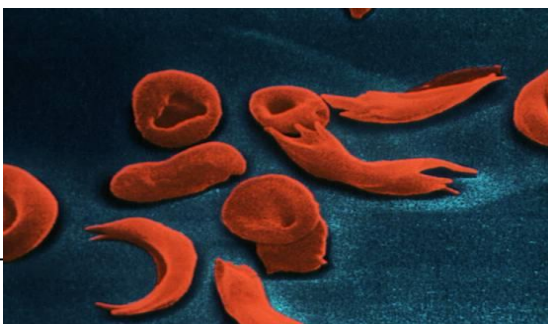
## Depranocitose

A drepanocitose é também conhecida como “Anemia de Células Falciformes”

A anemia depranocítica é uma das principais doenças genéticas do mundo. É comum na África, na Europa e Índia, contudo é mais prevalente em pessoas de descendência Africana.

É das doenças genéticas mais letais (sobretudo a do tipo homozigótico) e foi considerada como um problema de saúde pública pela OMS em 2006 e pela ONU em 2009. Dia 19 de Junho assinala-se o Dia Internacional da Drepanocitose

É não contagiosa, transmitida de pais para filhos, recessiva e até ao momento ainda sem cura.



A drepanocitose tem consequências físicas e psico sociais graves.

Há a presença de alguns dos sintomas clássicos da anemia, nomeadamente taquicardia, fadiga, astenia e palidez (principalmente nas conjuntivas e mucosas).

Há um aumento da viscosidade sanguínea levando à aglomeração de hemácias comprometidas. Por causa disso pode haver formação de trombos (coágulos) nas mais diversas áreas do organismo, com défice do transporte sanguíneo para a área. Em regiões musculares ou conjuntivas, isso pode causar crises de dor intensa.

Pode causar também febre, úlceras dos membros inferiores, hemorragia, descolamento da retina, priapismo, impotência, acidente vascular cerebral, enfarte, calcificações ósseas, insuficiência renal e pulmonar, dependendo da fase da doença. Nas mãos e nos pés pode haver tumefacção causada pela obstrução de vasos naquelas áreas, também acompanhado de dor. Pode ainda ocasionar uma maior suscetibilidade a infeções.

## Medidas de conforto ao doente com drepanocitose numa crise aguda:

Falar pausadamente, explicando que se encontra perante mais uma crise e que serão prestados todos os cuidados com vista à minimização da intensidade e duração da dor;

Auxiliar o posicionamento/posicionar o doente da forma mais confortável possível;

Manter o doente aquecido pois frequentemente o doente sente frio e o calor também contribuiu para o alívio da dor;

Fornecer oxigenioterapia se indicado;

Providenciar, sempre que possível, a presença do familiar/pessoa significativa do Doente;

Esclarecer eventuais dúvidas e realizar ensinamentos durante a interação com o Doente e no momento da alta;



**Associação Portuguesa de Pais e Doentes com Hemoglobinopatias - APPDH**

**MORADA SEDE:**

Avenida Professor Ruy Luís Gomes, nº11 - R/Ch - Dto, Laranjeiro  
2810-274 Almada

**Contactos Gerais** (Horário de expediente: 2ª a 6ª das 9h30 às 18h)

Telf / Fax: +351 211 813 742

Telf.: +351 217 167 182 (com voice mail)

Telms: 967 690 577

Email: [sede@appdh.org.pt](mailto:sede@appdh.org.pt)

**Facebook:** [APPDH Hemoglobinopatias](#)



SITES SOBRE HEMOGLOBINOPATIAS

<http://www.sicklecelldisease.org/>

<http://sickle.bwh.harvard.edu/>

<http://www.sicklecellssociety.org/>

<http://www.appdh.org.pt/>

<http://dci.nhlbi.nih.gov/>

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HPV



O doente apresenta crises inesperadas, agudas e bastante dolorosas tendo frequentemente que recorrer ao Serviço de Urgência. A dor pode surgir em qualquer região corporal contudo é mais comum nos músculos, ossos dos membros e na região abdominal.

Há factores potenciadores das crises que o Doente deve tentar prevenir:

- Desidratação,
- Alteração brusca da temperatura,
- Cansaço extremo,
- Infecções,
- Alimentação inadequada.

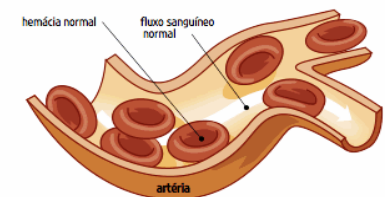
## Depranocitose

É uma Hemoglobobinopatia, é uma doença do sangue que se caracteriza por hemácias/glóbulos vermelhos deformados “em forma de lua em quarto minguante” e com um tempo de vida útil encurtado, provocando uma anemia grave.

### OS PROBLEMAS CAUSADOS PELA DOENÇA

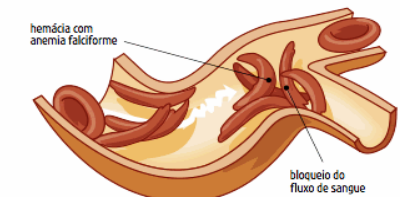
#### HEMÁCIAS NORMAIS

Em pessoas saudáveis, as hemácias (glóbulos vermelhos) são redondas e maleáveis, por isso elas circulam com facilidade pelos vasos sanguíneos



#### HEMÁCIAS COM ANEMIA FALCIFORME

Em pessoas com anemia falciforme, as hemácias são rígidas e têm o formato de uma foice. Elas têm mais dificuldade para circular pelos vasos





# Apêndice III

[Manual de Intervenções de Enfermagem em Trauma](#)



**Apêndice IV**  
**(Norma de Admissão do Doente na**  
**Unidade)**



## CUIDADOS AO INDIVÍDUO DURANTE A ADMISSÃO NA UNIDADE DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ

### 1. Objectivos

- ✔ Definir princípios orientadores da prestação de cuidados ao indivíduo Adulto na admissão à Unidade de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Cruz;
- ✔ Dotar o enfermeiro de competências para a prestação de cuidados a indivíduos Adultos no processo de admissão do doente;
- ✔ Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao indivíduo Adulto admitido na Unidade;
- ✔ Prevenir complicações através da uniformização de práticas

### 2. Âmbito

Aplica-se na prestação de cuidados a indivíduos Adultos na fase de admissão à Unidade de Cirurgia Cardiorácica.

### 3. Definições

Admissão	A admissão é todo o processo que engloba os procedimentos de natureza técnica e administrativa necessários à instalação do doente chegado do BO à Unidade
Gasometria Arterial	<p>Análise do sangue arterial que avalia as pressões parciais dos gases respirados. Avalia igualmente o pH, o excesso de bases, a concentração de Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Lactato e Bicarbonato.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✔ <b>pH</b> arterial ideal: 7.36 – 7.44;</li><li>✔ <b>Pa O<sub>2</sub></b> (pressão parcial de O<sub>2</sub>): 70 – 110 mmHg</li><li>✔ <b>Pa Co<sub>2</sub></b> (pressão parcial de Co<sub>2</sub>): 35 – 45 mmHg</li><li>✔ <b>EB</b> (Excesso de Bases): - 2 a + 2 mEq/l</li><li>✔ <b>Lactato</b>: em repouso: &lt; 2,5 mmol/l <b>normal</b> ; 2,5 – 4,9 <b>aumento ligeiro</b>; 5,0 – 9,9 <b>aumento moderado</b>; &gt; 10 <b>aumento severo</b>. O lactato aumentado traz metabolismos celulares anaeróbicos.</li></ul>

	✓ <b>HCO<sub>3</sub><sup>-</sup></b> (Bicarbonato): 22 a 26 mEq/l
Pos operatório Imediato	Inicia às 0h pós cirurgia e termina 24h após.
Pressão Venosa Central (PVC)	Pressão sanguínea no sistema intertorácico das veias cavas. Avalia a função do coração direito e mede o volume sanguíneo circulante efectivo. O seu valor normal situa-se entre 2 e 12mmHg.

#### 4. Referências

- MARCELINO, Paulo et al – **Manual de Ventilação Mecânica no Adulto, Abordagem do doente crítico**. Lisboa: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 1ª ed, 2009. 256p. ISBN: 978-972-8930-42-4
- SCHAFFLER, Arne et al – **Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2004. 539p. ISBN: 972-8383-78-9

#### 5. Responsabilidades

Enfermeira Luísa Macau da Unidade de Cirurgia Cardiorácica do CHLO – Hospital de Santa Cruz

#### 6. Descrição

##### 6.1 Orientações Gerais

- A admissão do Doente no pós operatório imediato de cirurgia Cardiorácica requer uma série de procedimentos essenciais que decorre em dois momentos, uma fase inicial onde é feita a preparação da Unidade do Doente antes da sua chegada e um segundo momento quando o Doente é trazido do BO para a Unidade e são desenvolvidos todos os procedimentos inerentes ao seu acolhimento.
- O enfermeiro a quem se encontra atribuída a cama nº (x) que se encontra vaga é informado que irá receber um doente do BO. A informação geralmente é-lhe transmitida pela Enf. Chefe, por uma Enfermeira Responsável daquele turno ou pelo colega de um Piso de Internamento onde o Doente se encontrava fisicamente internado antes de ir ao BO.
- Enquanto o Doente se encontra no BO telefonicamente é pedido ao Assistente Operacional que leve lá a cama disponível para o Doente.

- Posteriormente o Enfermeiro do BO informa telefonicamente que decorre o encerramento de externo do Doente. Nessa fase o Enfermeiro a quem a cama se encontra distribuída providencia a preparação da Unidade, de acordo com a Check List – “Preparação da Unidade do Doente Adulto” existente no Serviço (Anexo I).
- O enfermeiro do BO telefona a pedir que se vá buscar o Doente. O Enfermeiro da Unidade, em conjunto com o Assistente Operacional vão ao BO receber o Doente. Esta passagem é feita geralmente à porta do BO onde o enfermeiro do BO entrega o Doente juntamente com o seu Processo Clínico e relata as principais ocorrências verbalmente. O Doente é trazido até à Unidade por três pessoas: o enfermeiro, o Assistente Operacional e o Anestesista que esteve presente durante a cirurgia. O doente é “ventilado” artificialmente, com auxílio de um respirador manual conetado ao TET.
- À chegada ao Serviço a cama é colocada na Unidade do Doente e todos os procedimentos são, geralmente, desenvolvidos por dois enfermeiros.
- O enfermeiro responsável pelo Doente usualmente posiciona-se à esquerda do leito e o Ajudante posiciona-se à direita, doravante designados de Responsável e Ajudante.
- O lado esquerdo também é denominado de “lado da monitorização” enquanto que o lado esquerdo é denominado de “lado da ventilação”. Ambos têm funções distintas e bem definidas que vão desenvolvendo simultaneamente, a saber:

- ✔ O Ajudante coneta o Doente ao ventilador após certificação de parametros ventilatórios com o Anestesista;
- ✚ O Responsável monitoriza o Doente eletrocardiograficamente (geralmente na derivação DII que permite melhor visualização das ondas e captação de complexo QRS). Verifica o ritmo cardiaco e monitoriza a Sat. O2. Conecta linha arterial e PVC ao monitor. Obtém uma pressão arterial de esmagamento (TA);
- ✔ O Ajudante verifica o nível do dreno torácico e regista na folha própria de registos de Enfermagem. Coloca o colector graduado de urina (urimeter) a nível zero, vigia o débito urinário e as características da urina e fixa a algália;
- ✚ O Responsável liga o aspirador de baixa pressão e passa a tubuladora do sistema de aspiração debaixo da cama para o Ajudante ligar o dreno à aspiração;

✚ Coloca cabeceira do doente a 30° (excepto se contra indicação absoluta) dado que reduz a incidência de PAV. Colhe sangue de linha arterial para gasometria arterial. Colhe tubos de sangue para análises de Hemograma, Bioquímica e Coagulação, identifica corretamente estes três tubos e entrega ao Assistente Operacional para levar ao Laboratório. “Zera” a linha arterial e a PVC;

✚ O Responsável procede à realização da gasimetria arterial e regista o resultado na Folha de Registo. Se apresentar alterações significativas procede à sua correcção:

✓ (em caso de alteração significativa de pH associada a alteração significativa de pCO<sub>2</sub> e pO<sub>2</sub> pode ajustar parâmetros ventilatórios.

✓ Se o valor de potássio (K<sup>+</sup>) for muito baixo procede à reposição do mesmo (A formula do k<sup>+</sup> pode auxiliar o enfermeiro a calcular a quantidade de k<sup>+</sup> a administrar, Formula do K<sup>+</sup> é:

Valor em mEq a administrar = (K<sup>+</sup> ideal - K<sup>+</sup> real) x 0,3 x peso do doente, em que k<sup>+</sup> ideal é considerado 4,5 e k<sup>+</sup> real é o valor gasométrico que o Doente apresenta no momento).

✓ Se apresentar défice de volume procede à reposição do mesmo.

✓ Se considerar pertinente informa médico de Serviço para observação de gasimetria e procede às alterações indicadas por este no sentido de equilibrar hemodinamicamente o Doente.

✔ O Ajudante coloca os drenos por cima da roupa da cama e “muge” os drenos (se necessário). Observa a coloração da pele e mucosas e palpa pulsos periféricos. Observa a expansão bilateral do torax e ausculta campos pulmonares. Certifica o correto posicionamento da SNG e coloca-a em drenagem em saco colector;

✚ Procede à identificação dos diferentes sistemas de soro que se encontram conetados ao Doente com etiquetas de diferentes cores: Linha Arterial (PA) a Vermelho, linha de Aurícula Esquerda (PAE) a Verde, Pressão Venosa Central (PVC) a Azul e Pressão Pulmonar (PAP) a castanho;

✔ O Ajudante contata telefonicamente a Imagiologia para a realização do Rx ao Doente. Procede aos registos: regista na Folha de Registos as perfusões terapêuticas nas cores indicadas (Dopamina a Vermelho, Dobutamina a



Verde, Nitroglicerina a Preto e o DIB é registado a azul e contornado a verde. A dose é registada em cor igual à terapêutica em perfusão, ao longo do preenchimento da Folha de Registos). Regista igualmente a TA de esmagamento, a PA, a FC, a Sat. O2, a PVC, a PAE e a temperatura axilar. Sempre que se regista estes parametros também se regista a coloração da pele, o nível de consciência e os parametros do ventilador;

✔ Posteriormente procede ao registo dos soros em perfusão, de todos os dispositivos invasivos e a sua data de colocação em local próprio na Folha de Registos;

✚ Logo que possível o Responsável deve permitir a entrada do familiar de referência para visitar o Doente e transmitir Informação Clínica que considere pertinente.

A avaliação de parametros vitais é feita de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas, depois é feita de meia em meia hora nas duas horas seguintes, de hora a hora até extubação traqueal do Doente. Posteriormente à extubação é feita de 2 em 2h no Doente estável.

A avaliação da dor (pelo menos uma vez no turno) através da utilização da 'Escala Comportamental da Dor' na fase em que o Doente está sedado e pela 'Escala Numérica' quando o Doente se encontra consciente e orientado é uma Intervenção de Enfermagem muito pertinente.

Check list – Preparação da Unidade do Doente Adulto

	S	NA
<b>Monitorização Cardíaca</b>		
Verificar corrente eléctrica no monitor cardíaco		
Verificar e desenlear cabos do monitor cardíaco		
Colocar braçadeira de tensão arterial por esmagamento		
Providenciar cabo de saturação e de ECG		
Providenciar oxímetro e pelo menos seis eletrodos		
Providenciar pelo menos dois cabos para conectar seringas infusoras		
Providenciar termómetro		
Colocar seringa de gasimetria, tubo de hemograma, coagulação e bioquímica		
Providenciar a “Central” (uma Dextrose 5% em H <sub>2</sub> O de 1000 ml) com um sistema com antecâmara numa bomba infusora. Geralmente colocada a ritmo de 1 ml/Kg/hora e serve de manutenção do doente		
Providenciar uma “manga” com o soro fisiológico composto com 40 unidades de heparina. Este soro tem de estar conetado a um sistema que na sua extremidade tem possibilidade de bifurcar para poder ser conetado à linha arterial e à PVC do Doente		
Confirmar presença de estetoscópio na unidade		
<b>Ventilação</b>		
Providenciar ventilador		
Montar e testar ventilador, verificando todos os parâmetros e colocando filtros bacterianos no ramo inspiratório e expiratório		
Providenciar aspirador de vácuo, o qual deve ficar com sonda de aspiração acoplada		
Providenciar filtro bacteriano para colocar na saída do ambu		
Colocar tabuleiro com material para aspiração de secreções (sondas, luvas esterilizadas, ampolas de SF e água)		
<b>Drenagens torácicas</b>		
Providenciar tubuladora mais conexão para os drenos torácicos		
Testar aspirador dos drenos torácicos e colocar a 20mmHg		
<b>Drenagem Gástrica</b>		
Providenciar Seringa nasogástrica e saco de drenagem para acoplar à SNG que o doente traz do BO		
Providenciar adesivo para fixação		
<b>Cuidados gerais</b>		
Providenciar cama e gerir necessidade de colchão de pressão alterna		
Repor as gavetas com o material predefinido		

S – Sim / NA – Não se aplica

Check list – Preparação da Unidade da Criança/jovem

	S	NA
<b>Monitorização Cardíaca</b>		
Verificar corrente eléctrica no monitor cardíaco		
Verificar corrente eléctrica na torre de seringas infusoras		
Verificar e desenlear cabos do monitor cardíaco		
Colocar braçadeira de tensão arterial por esmagamento, de preferência adequada ao doente a receber		
Providenciar cabo de saturação e de ECG		
Providenciar oxímetro		
Providenciar no mínimo dois cabos para conectar seringas infusoras, ideal é quatro		
Providenciar termómetro axilar		
Colocar seringa de gasimetria, tubo de hemograma, coagulação e bioquímica		
Colocar uma ampola de Cloreto de Sódio a 20%, uma ampola de Sulfato de Magnésio e uma (ou três) de Gluconato de Cálcio		
Providenciar uma Dextrose 5% ou 10% em H <sub>2</sub> O de 500 ml (consoante a idade e o peso) e sistema com antecâmara para o soro de manutenção da criança		
Confirmar presença de estetoscópio na Unidade		
<b>Ventilação</b>		
Providenciar ventilador		
Montar e testar ventilador, verificando todos os parâmetros, colocando filtros bacterianos no ramo inspiratório e expiratório e inserindo os dados da criança (peso e altura)		
Providenciar aspirador de vácuo, e pressão respetiva o qual deve ficar conetado a sonda de aspiração		
Providenciar filtro bacteriano para colocar na saída do ambu		
Colocar tabuleiro com material para aspiração de secreções (sondas, luvas esterilizadas, ampolas de SF e água)		
<b>Drenagens torácicas</b>		
Providenciar tubuladora mais conexão para os drenos torácicos		
Testar aspirador dos drenos torácicos e colocar a 20 mmHg		
<b>Drenagem Gástrica</b>		
Providenciar Seringa nasogástrica e saco de drenagem		
Providenciar adesivo para fixação		
<b>Cuidados Gerais</b>		
Providenciar cama e gerir necessidade de colchão de pressão alterna		
Repor as gavetas da unidade com o material predefinido		

S – Sim / NA – Não se aplica

Check list – Entubação Endo-traqueal

	S	NA
<b>Preparação</b>		
Providenciar tubo ET adequado ao doente, disponibilizando sempre um nº acima e um nº abaixo		
Providenciar seringa de 10 <sup>cc</sup> para insuflar tubo ET		
Providenciar adesivo para fixação de tubo ET		
Garantir acessibilidade do carro de urgência (para aceder facilmente a material como fio condutor, pinça de magil, SNG, fármacos de urgência, etc.)		
Providenciar sistema de ventilação manual e máscara facial adaptada		
Providenciar cufómetro		
Garantir presença de debitómetro de O <sub>2</sub>		
Confirmar presença de estetoscópio na Unidade		
Providenciar ventilador		
Montar e testar ventilador, verificando todos os parâmetros, colocando filtros bacterianos no ramo inspiratório e expiratório		
Providenciar aspirador de vácuo		
Providenciar filtro bacteriano para colocar na saída do ambu		
Colocar tabuleiro com material para aspiração de secreções (sondas, luvas esterilizadas, ampolas de SF e água)		
<b>Procedimento</b>		
Auxiliar na EET: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No posicionamento correcto de doente para o procedimento;</li> <li>✓ Na higiene oral e remoção de próteses;</li> <li>✓ Testar o balão do tubo ET;</li> <li>✓ Monitorizar o estado hemodinâmico do doente e permitir a visualização destes por todos os profissionais envolvidos no procedimento;</li> <li>✓ Colocação do laringoscópio e tubo ET pelo médico;</li> <li>✓ Auxiliar na insuflação do tubo ET, mantendo uma pressão adequada (cerca de 20 cm H<sub>2</sub>O);</li> <li>✓ Auxiliar na fixação do tubo ET;</li> <li>✓ Auxiliar na ventilação manual com ressuscitador pulmonar por forma a avaliar e auscultar os campos pulmonares</li> </ul> Conectar o doente ao ventilador.		
Cooperar com o médico/anestesiologista		
Preparar e administrar fármacos segundo as indicações dadas		
Repor as gavetas da unidade com o material predefinido		

S – Sim / NA – Não se aplica

**Apêndice V**  
**(Guia do Familiar do Doente**  
**internado na UCICCT)**



## Como e quando visitar o seu familiar?

O horário das visitas são das **14h30 às 15h30** e das **17h30 às 19h30**, sendo permitida duas visitas por doente em cada período, entrando uma de cada vez.

Quando o doente chega do Bloco Operatório, é permitida a entrada na Unidade de um familiar.

As visitas são limitadas apenas às pessoas mais próximas do doente e durante um período de tempo limitado.

Não é permitida a entrada a menores de 12 anos.

Quando se dirigir à porta da Unidade, toque à campainha. Irá um Assistente Operacional atendê-lo e levá-lo até junto do seu familiar.

### **Pode ainda obter informações telefónicas do seu familiar, no período das 9h às 22h00**

Secretária da Unidade	210433025 (das 9h às 16h)
Sala Bege	210433030
Sala Azul	210433029

**Deve-se centralizar a informação, ligando apenas um familiar. Desta forma está a colaborar, permitindo que o enfermeiro tenha mais tempo para cuidar do seu familiar**

## Outras informações úteis

Para os doentes transplantados e crianças, existem recomendações específicas que serão fornecidas individualmente.

Deve higienizar as mãos antes e após a visita do seu familiar. Encontra-se disponível à entrada da Unidade e junto de cada doente desinfectante das mãos que poderá usar sempre que quiser.

Poderá ser necessário ter de colocar equipamento de protecção individual (mascara, luvas, avental) para visitar o seu familiar. Essas indicações serão dadas na altura pelo enfermeiro que estiver a cuidar do seu familiar



Elaborado por:

Sophie Loureiro, no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem especialidade Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa. Orientado pela Enfermeira Luísa Macau e pela Professora Doutora Isabel Rabiais



## Unidade de Cuidados Intensivos de Cirúrgica Cardíaca



## O que é a UCI?

A Unidade de Cuidados Intensivos é um local destinado a receber doentes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, que por se encontrarem em estado crítico, necessitam de vigilância contínua, intervenção rápida e apoio de equipamento específico.

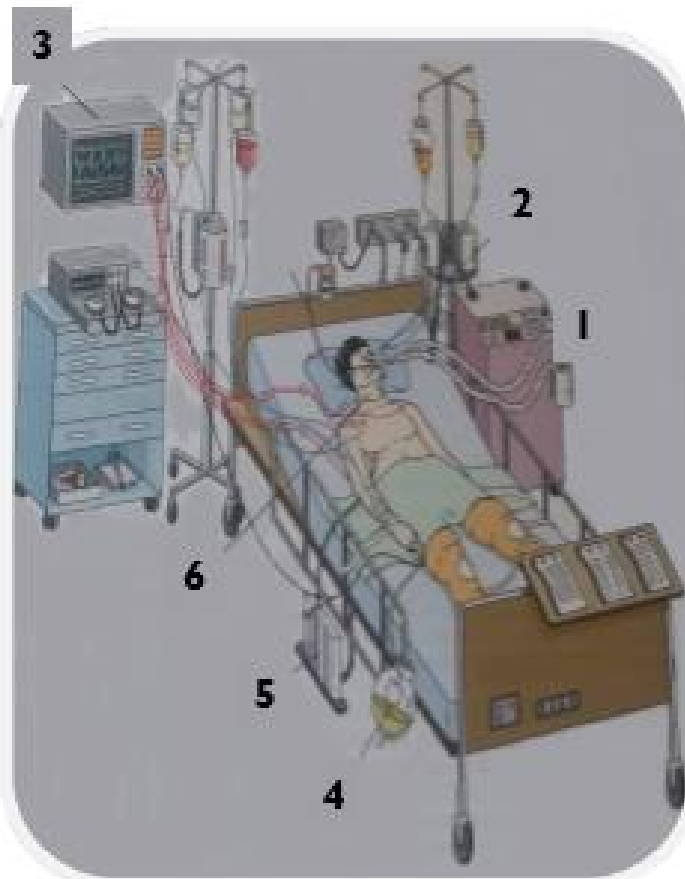
Na Unidade trabalham profissionais preparados para lidar com todo o equipamento, actuar em situação de urgência, bem como ajudar a minimizar o desconforto.

Se lhe surgirem dúvidas não hesite em esclarecê-las junto do enfermeiro que está a cuidar do seu familiar.



## Como vai encontrar o seu familiar?

Nas primeiras horas após a cirurgia vai encontrar o seu familiar inconsciente, frio e "ligado" a equipamento específico. Este equipamento é complexo e poderá deixá-lo apreensivo. Parte dele, destina-se à substituição temporária de algumas funções do organismo. A imagem e a tabela que se seguem irão ajudá-lo a esclarecer algumas dúvidas.



Dispositivo que se encontram na figura	Função do Dispositivo
1 Ventilador	Aparelho que substitui ou ajuda a respiração. Liga-se ao doente através de um tubo colocado na boca ou no nariz. Enquanto o doente estiver "ligado" a este aparelho não consegue falar, mas quando consciente compreende o que lhe dizemos
2 Sonda Gástrica	Tubo inserido no nariz ou na boca e que vai até ao estômago. Possibilita a drenagem de conteúdo gástrico e ar evitando que o doente fique mal disposto e/ou vomite
3 Monitor	Regista o pulso, o ritmo cardíaco, a tensão arterial e respiração. Permite detectar possíveis alterações no estado do doente
4 Colector de Urina	Reservatório que está ligado a uma algaia possibilitando contabilizar e avaliar as características da urina
5 Drenos Torácicos	Tubos inseridos no tórax que permitem drenar os restos de sangue e soro, que se acumulam durante a cirurgia
6 Cateter Central	Tubo fino colocado numa veia do pescoço, através do qual são administrados soros, sangue e medicação para a recuperação do doente.







**Apêndice VI**  
**(Projeto de Melhoria Contínua de**  
**Cuidados de Enfermagem**  
**“Monitorização da Dor na**  
**UCICCT”)**



**PROJECTO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM**

***Monitorização da Avaliação da Dor no  
doente admitido na UCI***

**Trabalho elaborado por:**

Nazaré Vilhena Aires, Graça Martins Gomes, Luísa Macau, Paula Figueiredo

Dezembro, 2014

## **SIGLAS**

BPS – Behavioural Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral da Saúde

ICN – International Council of Nurses

EVN – Escala Visual Numérica

EVA – Escala Visual Analógica

ESCID – Escala de Conductas Indicadoras de Dolor

PENCDor – Plane Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PNAD – Plano Nacional de Avaliação da Dor

PNCD – Programa Nacional de Controlo da Dor

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

## SUMÁRIO

<b>0 – INTRODUÇÃO</b>	5
<b>0 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA</b>	6
<b>1 – PERCEBER O PROBLEMA</b>	10
<b>2 – FORMULAR OBJECTIVOS INICIAIS</b>	14
<b>3 - PERCEBER AS CAUSAS</b>	15
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS</b>	
Anexo I - Proposta dos Indicadores de Qualidade em estudo	
Anexo II – Grelha de colheita de dados	

## 0 – INTRODUÇÃO

O trabalho que se segue consiste num Projecto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o qual tem presente os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem descritos pela Ordem dos Enfermeiros.

Consideramos que a realização deste projecto irá contribuir para obtermos resultados sensíveis aos nossos cuidados de enfermagem e conseqüentemente ter ganhos em saúde. Sabemos também que compete ao enfermeiro contribuir *“para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem”*, onde se espera que este participe *“em programas de melhoria da qualidade, actuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2011, p.23)

A sua elaboração segue a proposta de guião para a Organização de Projectos de melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2013).

O tema do Projecto destaca-se no Foco de Atenção Dor onde consideramos ser premente melhorar a nossa actuação de forma a produzirmos indicadores de qualidades.

Este projecto apresenta apenas as primeiras 4 fases do ciclo proposto por Pedro Salvada (2013), visto que após apreciação e aprovação do projecto iremos então dar andamento às seguintes fases assim como à elaboração do cronograma de actividades.



## 1 - IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Uma Unidade de Cuidados Intensivos caracteriza-se, por um local “*paradigmático da transdisciplinaridade em ambiente de trabalho fisicamente fechado e tecnicamente exigente*”, destinando-se a responder às necessidades do doente em estado crítico, através de cuidados imediatos e altamente qualificados (SARMENTO e FESTAS 2002, p.226). Apresenta um ambiente próprio, muitas vezes mencionado como agressivo, hostil, tenso e traumatizante, onde a tecnologia se sobrepõe muitas vezes à vertente humana. Este facto prende-se por se tratar de um serviço onde a preservação da vida é uma prioridade e onde a presença da morte é uma constante, havendo tendência dos profissionais em geral e do próprio enfermeiro, em se centrarem no tratamento do órgão, no físico, predominando a tecnologia e o tecnicismo. O doente em estado crítico é submetido continuamente a procedimentos dolorosos, onde frequentemente os profissionais de saúde subestimam a dor (PNAD –SPCI, 2012).

Assim, verifica-se uma tendência em subvalorizar a intensidade da dor nos doentes em estado crítico não sendo considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais, apesar de que desde 2003 esta é considerada um sinal vital (circular normativa nº9/DGS de 14/06/2003), sendo por isso “*a sua gestão um direito do doente, um dever do profissional e um passo fundamental para a efectiva humanização dos cuidados de saúde*” (PNAD – SPCI 2012, p. 6).

A nossa Unidade de Cuidados Intensivos caracteriza-se por uma unidade cirúrgica onde predomina essencialmente a dor aguda associada à cirurgia e a todos os procedimentos dolorosos que lhe estão inerentes, mas também se verifica a dor crónica nos doentes com patologias associadas e os que permanecem por um longo período de tempo na nossa Unidade devido a complicações associadas. Impõe-se assim a necessidade de avaliação e controlo da dor nos nossos doentes.

Verificámos, que apesar de já termos percorrido um longo caminho neste âmbito ainda se verifica lacunas na avaliação da dor, tornando-se uma necessidade a resolução deste problema por forma a melhorarmos a qualidade dos nossos cuidados. Apercebemo-nos, da nossa prática diária, que apesar de já termos instituindo instrumentos de avaliação da dor (EVN e BPS), e de nos preocuparmos com as medidas interventivas de controlo da dor (farmacológica/não farmacológicas), esta não é sempre registada.

De seguida apresentamos os requisitos essenciais propostos pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013), por forma a preencher os critérios necessários para a realização de um projecto de melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

- **O problema está centrado no cliente?**

O problema centra-se no doente internado em Cuidados Intensivos, onde a preocupação com o conforto e controlo da dor se tornam fundamentais para minimizar o seu sofrimento e contribuir para o seu bem-estar. Sabemos que a dor para além do sofrimento que causa, diminui a qualidade de vida da pessoa, facto que associado à condição de doente em estado crítico, o coloca num estado de extrema fragilidade e vulnerabilidade, não conseguindo sequer na maioria das vezes de a verbalizar. Assim, consideramos o controlo da dor uma prioridade na prestação dos nossos cuidados como um contributo fundamental para a humanização dos cuidados.

- **A intervenção de enfermagem pode produzir ganhos em saúde para a população?**

A monitorização sistemática da avaliação e controlo da dor, constitui uma intervenção de enfermagem capaz de produzir ganhos em saúde, visto ser um indicador de qualidade sensível aos cuidados de enfermagem.

Desde 2003 que a DGS lançou uma circular normativa intitulada “A Dor como 5º sinal vital”, onde institui como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

- “1. O registo sistemático da intensidade da Dor.*
- 2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.*
- 3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor” (Circular Normativa da Direção Geral de Saúde Nº 09/DGCG, de 14/06/2003, p.1).*

- **É Foco da CIPE?**

A Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP, 1994) define-a como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”*.

O ICN, na versão CIPE 2011 descreve o foco da dor como,

*“Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2014, p.49).

A definição de Dor dada pela CIPE revela-se bastante abrangente, realçando a própria complexidade deste fenómeno. Por outro lado, mostra-nos também toda a dimensão associada a este fenómeno que não sendo um foco de atenção na boa prática de enfermagem se pode tornar numa ameaça à própria Identidade da Pessoa Humana.

- **Inclui-se no enquadramento conceptual e enunciados descritivos da enfermagem?**

Tendo presente os padrões de qualidade da ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) a dor, como foco de atenção dos cuidados de enfermagem, inclui-se no enquadramento conceptual estando implícito na própria definição de Saúde e de Cuidados de Enfermagem. Assim, ao centrarmo-nos na avaliação, prevenção e controlo da dor, estamos a agir, segundo os enunciados descritivos definidos nos padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, ao nível da *“Satisfação do cliente”* e *“Bem-estar e Autocuidado”*.

Pretende-se que o enfermeiro monitorize e avalie a dor de forma a contribuir para a satisfação do dente que tem ao seu cuidado, melhorando o seu bem-estar e auto-cuidado.

- **Faz parte do Core de focos do Resumo Mínimo de Dados?**

O Foco Dor faz parte do Core de Focos do Resumo Mínimo de Dados, sendo por isso considerado um marcador específico do estado de saúde da população capaz de *“traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população”* (ORDEM DOS ENFERMEIRO 2007, p.2). Contudo, para que se seja possível retirar dados que contribuam para produzir ganhos em saúde é fundamental o registo sistemático da nossa actuação.

Na nossa Unidade de Cuidados Intensivos ainda não foi possível informatizar todos os nossos registos pelo que o registo da dor é feito em suporte de papel e será a partir daí que todo o nosso projecto se irá desenrolar.

## 2 – PERCEBER O PROBLEMA

A dor representa “*um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias*”, não devendo ser causa de sofrimento desnecessário (DGS – PENCDor 2013, p.3). Em 2003, torna-se por isso o 5º sinal vital, implicando a avaliação e registo sistemático da intensidade da dor como norma de boa prática clínica, conforme dispõe a Circular Normativa da Direção-Geral de Saúde Nº 09/DGCG, de 14/06/2003. Institui ainda, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

- “1. O registo sistemático da intensidade da Dor.*
- 2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.*
- 3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor” (Circular Normativa da Direção Geral de Saúde Nº 09/DGCG, de 14/06/2003, p.1).*

Para além deste princípio orientador o PNCD (DGS – PENCDor 2013) enuncia mais 4 que deverão estar sempre presentes na nossa prática profissional, os quais são:

- **Subjectividade da dor** – A intensidade da dor é exactamente aquela que é referida pela pessoa, não havendo nenhum indicador biológico mensurável e devendo-se dar particular atenção ao controlo da dor na pessoa com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal. “A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2008, p. 13).
- **Direito ao Controlo da Dor** – Toda a pessoa tem direito ao adequado controlo da dor, seja qual for a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada, requerendo de uma abordagem multidisciplinar coordenada.
- **Dever do Controlo da dor** – todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor na pessoa ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. A ORDEM Dos Enfermeiros (2008, p.13) diz mesmo que o Enfermeiro tem “o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado”.

- **Tratamento diferenciado da dor** – O controlo da dor deve ser efectuado a todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde, quer nos cuidados de saúde primários como nos cuidados de maior diferenciação e especialização.

Perante estas novas indicações e de a própria equipa de enfermagem sentir esta necessidade, houve a preocupação de elegermos uma escala de avaliação da dor e de começar a proceder ao seu registo. Assim, em 2004/2005, realizou-se um projecto neste âmbito e introduziu-se a Escala Qualitativa da Dor, onde atribuímos uma numeração de 0 a 4 respectivamente para facilitar o registo sistemático da dor na folha de enfermagem.

#### Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
0	1	2	3	4

Contudo, verificou-se sempre lacunas na avaliação da dor nos doentes admitidos na nossa Unidade de Cuidados Intensivos. Factores esses que consideramos que se prenderam essencialmente com o facto de:

- não haver um local próprio na folha de registo de enfermagem (a solução que se encontrou na altura foi o uso de um carimbo para colocar numa das colunas de registo dos parâmetros vitais, mas com o passar do tempo deixou de se colocar o carimbo e deixou-se de proceder ao registo);
- a escala eleita não se adequar à maioria dos nossos doentes admitidos na UCI, visto ser uma escala de auto-avaliação e que muitos destes se encontram em estado crítico, com incapacidade para comunicar de forma verbal e/ou motora a sua dor e encontram-se submetidos a ventilação mecânica.

Em 2010 a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos lançou um projecto que consistiu na aplicação de ferramentas de avaliação da dor do doente em todas as unidades de cuidados intensivos portuguesas, por forma a obter uma melhor qualidade de cuidados na área da avaliação e controlo da dor em doentes submetidos a sedação e a ventilação mecânica. Este projecto consistiu em usar duas escalas validadas (BPS e ESCID) durante um período de dois meses para avaliação da dor em doentes ventilados e que não conseguem verbalizar, sendo que no final do estudo será adoptada a que melhor se ajustar aos interesses do doente e dos

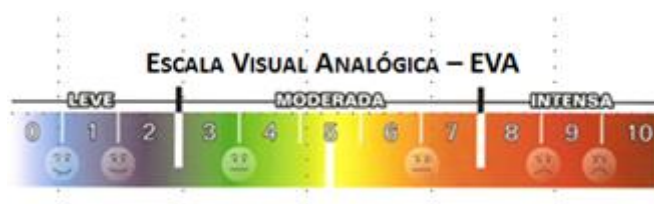
técnicos de saúde. A nossa Unidade demonstrou logo interesse em entrar no estudo pois seria uma forma de tentarmos resolver uma lacuna sentida que comprometia a qualidade dos nossos cuidados de enfermagem e assim a possibilidade de aprofundarmos conhecimentos e consequentemente implementarmos uma escala comportamental da avaliação da dor.

O estudo implicou várias fases onde a formação de toda a equipa de enfermagem se tornou muito relevante, por forma a sensibiliza-los para a importância da avaliação da dor e a dar a conhecer o projecto para obtermos a colaboração desta e avançar-se com o projecto.

Com base nos resultados verificámos que a nossa Unidade de Cuidados Intensivos escolheu a Escala BPS, o que também coincidiu com a escolha a nível nacional (53,5% preferiu a escala BPS e 46,5% preferiu a escala ESCID) (PNAD –SPCI, 2012).

Assim, com base neste estudo em Junho de 2012 implementámos no serviço duas escalas para avaliação da dor a todos os doentes adultos admitidos na UCI:

1. Uma Escala de Autoavaliação, para doentes que comunicam, onde optámos por implementar a EVN/EVA, visto ser esta a recomendada pela SPCI;



2. Uma Escala Comportamental, para doentes que não comunicam, sedados e ventilados, onde optámos pela BPS também por ter sido esta a recomendada pela SPCI após o estudo realizado.

**ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR**  
(PARA DOENTE QUE NÃO COMUNICA, SEDADO/VENTILADO)

EXPRESSÃO FACIAL	Relaxada	1
	Ligeiramente Contraída (ex. sobrancelhas cerradas)	2
	Contração Franca (ex. pálpebras cerradas)	3
	Fáceis com sinal de dor	4
TÓNUS DOS MEMBROS SUPERIORES	Sem Movimento	1
	Ligeira Flexão	2
	Membros em flexão e punhos cerrados	3
	Membros retraídos	4
ADAPTAÇÃO À VENTILAÇÃO	Adaptado	1
	Reacção esporádica ao ventilador	2
	Luta contra o ventilador	3
	Impossível de Ventilar	4

Ausência de dor = 3 pontos Dor Intensa = 12 pontos

Para que desta vez fosse mais eficaz o registo sistemático da dor resolveu-se proceder a uma actualização da folha de registo de enfermagem onde ficou impresso um campo específico para

a avaliação da dor e as escalas adotadas para consulta. Recomendou-se ainda que a **avaliação da dor fosse realizada pelo menos uma vez por turno**, e, que houvesse uma **reavaliação da dor, caso score > 4** ou **após intervenção de medidas farmacológicas ou não farmacológicas para alívio da dor**. Como refere a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008, p.17) *“sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa”*.

A actualização do suporte onde se procede os registos de enfermagem deve espelhar a actuação do enfermeiro, sendo um elemento importante na organização dos cuidados de enfermagem, na procura premente da excelência dos cuidados, onde deve constar *“as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”*


  
**DIAGNÓSTICO** \_\_\_\_\_

FOLHA Nº \_\_\_\_\_ COMEÇO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DIA POST-OP. \_\_\_\_

**REGISTO DE ENFERMAGEM**

COR  
 N = NORMAL  
 P = PÁLIDO  
 M = MARMOREADO  
 C = CIANOSADO  
 I = ICTÉRICO

NÍVEL CONSCIÊNCIA/ ESC. GLASGOW  
 ++ = CONSCIENTE/ SCORE = 15  
 + = OBNUBILADO/SCORE ≥9 ≤14  
 - = INCONSCIENTE/SCORE ≤8

**SINAIS VITAIS**

L i n h s	Hora	Temp.	Freq. Resp.	Freq. Card.	FA	PVC	DOR	Sat. O <sub>2</sub>	Cor
1									
2									

Contudo temos a percepção que continuamos a ter falhas na monitorização da dor, pelo que nos parece urgente melhorar a monitorização e avaliação da dor a todos os doentes adultos admitidos na UCI, assim como, melhorar a avaliação da dor após realizarmos medidas farmacológicas/ não farmacológicas para diminuir a dor, como forma de melhorarmos a qualidade dos nossos cuidados de enfermagem e consequentemente termos ganhos em saúde.

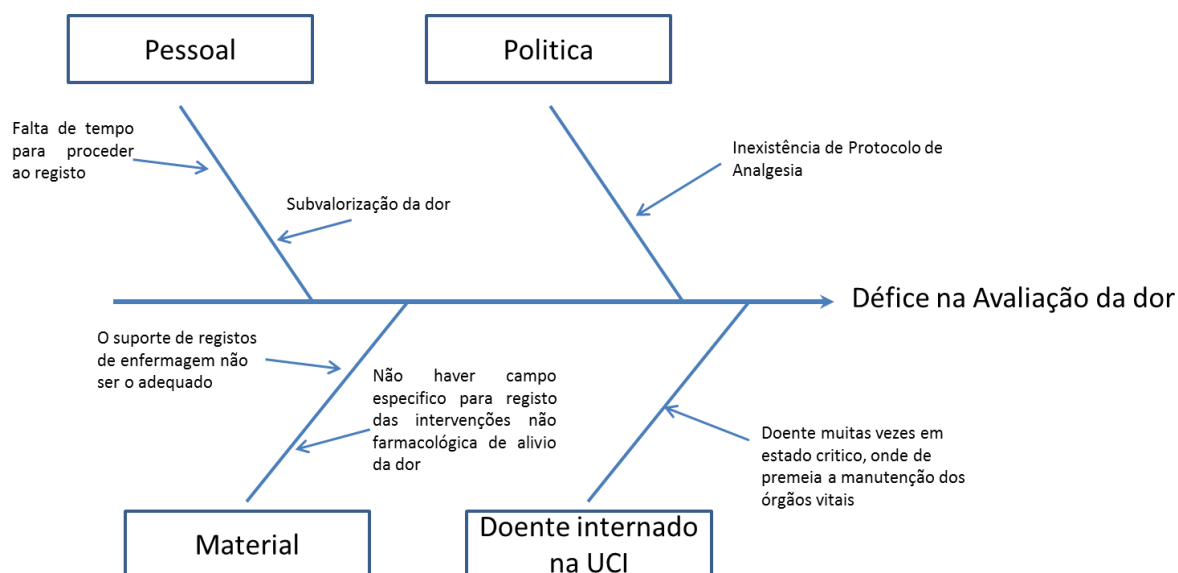


### **3 – FORMULAR OBJECTIVOS INICIAIS**

- Sensibilizar a equipa para a importância da avaliação, controlo e gestão da dor;
- Diminuir o número de doentes adultos internados na UCI sem avaliação da dor (pelo menos uma vez por turno);
- Aumentar o número de doentes em que é reavaliada a dor após intervenção de medidas farmacológicas/ não farmacológicas no alívio e controlo da dor;
- Propor elaboração e implementação de protocolo de Analgo-sedação para melhorar os cuidados de enfermagem permitindo uma gestão mais eficaz da dor.

## 4 – PERCEBER AS CAUSAS

Da análise realizada através da nossa prática diária, daquilo que vamos partilhando diariamente como sendo dificuldades sentidas, e, tendo presente a revisão bibliográfica feita acerca do foco de atenção Dor, identificámos várias causas como pontos prováveis para que nem todos os doentes adultos admitidos na UCI tivessem uma avaliação da dor pelo menos uma vez por turno. Não se realizou auditorias nem se consultou de uma forma rigorosa todos os registos, pelo que partimos para este projecto apenas com a percepção que é sentida por toda a equipa (método de brainstorming). Para demonstrar as possíveis causas que encontrámos elaborámos um diagrama de causa-efeito (diagrama de Ishikawa).



Após a enumeração das possíveis causas do problema, iremos preparar o estudo tendo presente a *Check List* para uma avaliação da qualidade (Healthier Palmer), preconizada pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013):

### a) Identificação das dimensões do estudo

- I. Efetividade: onde se pretende diminuição do número de doentes sem avaliação da dor;
- II. Adequação técnico científica: onde se pretende melhorar a nossa prática baseada em evidências que sejam realçadas e identificadas através deste projecto

**b) As unidades de estudo**

- I. Utilizadores incluídos na avaliação: todos o doente adulto admitido na UCI;
- II. Profissionais: todos os enfermeiros da UCI;
- III. Período de tempo de elaboração do projecto: de Janeiro de 2015 a Janeiro de 2016

**c) Tipo de dados a colher**

- I. Iremos utilizar Indicadores de Processo, onde queremos avaliar:
  - ✓ a percentagem de doentes em que é avaliada a dor;
  - ✓ a percentagem de doentes em que é reavaliada a dor após intervenção farmacológica/ não farmacológica como medida de controlo da dor.

**d) Fonte de dados**

A fonte de dados será a folha de registos de enfermagem

**e) Tipo de avaliação**

A avaliação será interna, interpares, efectuada pelos membros responsáveis pelo projecto

**f) Critérios de Avaliação**

Os critérios de avaliação será explícitos – normativos, os quais se encontram na tabela seguinte:

Critérios	Excepções	Esclarecimentos
Avaliação e registo da dor pelo menos uma vez por turno a todo o doente internado na UCI	Crianças internadas na UCI, visto que o estudo apenas se refere ao doente adulto	• Utilização da EVN nos doentes conscientes e capazes de verbalizar a sua dor
Reavaliação e registo da dor, caso score > 4 ou após intervenção de medidas		• Utilização da BPS nos doentes ventilados e que não conseguem verbalizar a

farmacológicas ou não sua dor  
farmacológicas para alívio  
da dor

**g) Quem colhe os dados**

A colheita de dados será efectuada pelas Enfermeiras responsáveis e na ausência destas, pelo Enfermeiro chefe de equipa

**h) Relação Temporal**

A avaliação será concorrente.

**i) Definição da população e selecção da amostra**

Será de base institucional ou institucional - todos os doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos

**j) Quais as medidas correctivas passíveis de ser usada**

I. Medidas Educacionais:

- ✓ Formação e sensibilização da equipa de enfermagem acerca da importância da avaliação, controlo e gestão da dor;
- ✓ Divulgação do projecto e dos resultados obtidos;

II. Medidas Estruturais:

- ✓ Implementação de possíveis mudanças que contribuam para melhorar os dados obtidos com o projecto (como por exemplo adequação da folha de registos de enfermagem, implementação de um protocolo de analgesia)

**REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS**

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2014). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2.0, Versão 2011.. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx> (área reservada)

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros. Consulta a 24/07/2012. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003) A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) – Plano Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Aprovado por unanimidade na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de outubro de 2011. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). Proposta de Guião para a Organização de Projectos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2010). Resultados – Plano Nacional de Avaliação da Dor. Disponível em: [http://www.spci.pt/Docs/Relatorio\\_Final\\_GAD.pdf](http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf)

# **Apêndice VII**

## **(Normas)**





## CUIDADOS AO INDIVÍDUO SUBMETIDO A ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES COM EET

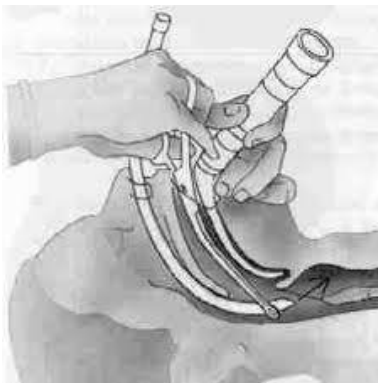
### 1. Objectivos


- ✔ Definir princípios orientadores da prestação de cuidados ao indivíduo submetido a aspiração de secreções com EET
- ✔ Dotar o enfermeiro de competências para a prestação de cuidados
- ✔ Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao indivíduo submetido a aspiração de secreções com EET
- ✔ Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao indivíduo submetido a aspiração de secreções com EET
- ✔ Prevenir complicações

### 2. Âmbito

Aplica-se na prestação de cuidados a indivíduos submetido a aspiração de secreções com EET

### 3. Definições

EET	<p>Procedimento altamente invasivo que “Consiste na permeabilização artificial das vias aéreas com recurso a um adjuvante”. (ATLS, American College of Surgeons). Traduz-se, na colocação de um tubo de plástico flexível (isto é, tubo endotraqueal) através da boca, nariz ou traqueia. A selecção entre estes locais anatómicos para criação da via aérea artificial no doente depende da finalidade do procedimento e da condição clínica do doente. A entubação endotraqueal (EET) cria uma via aérea acessível para ventilação mecânica e permite a administração de anestésicos ou outros medicamentos gasosos para dentro dos pulmões. A EET pode ser realizada durante uma situação de emergência (ex. paragem cardiorespiratória), ou como parte de um procedimento planeado (ex. cirurgia, broncofibroscopia, etc.).</p> <p>Surge muitas vezes referido na literatura como intubação traqueal/intubação endotraqueal.</p> 
-----	---

Sonda de Aspiração	<p>Cateter de sucção com controlo de vácuo com a ponta do dedo. Numerado de acordo com o diâmetro, descartável e de uso único.</p> 

#### 4. Referências

- ARNEDO, Jesus M. Navarro [et al.] - **Guia práctica de enfermería en el paciente crítico**. <http://www.san.gva.es/centros/hgalica/guiaenf/TECNICA%20DE%20ASPIRACION%20SECRECIONES%20TRAQUEOBRONQUIALES.htm>
- BURTON, George G.; HODGKIN, John E.; WARD, Jeffrey J. – **Respiratory care. A guide to clinical practice**. 4rd ed. Philadelphia: Lippincott. 1997. Xiv, 1156p. ISBN 0-397-55165-7.
- COFFIN, Susan E., MD, MPH et al - **Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals**. Chicago Journals – SHEA, Outubro 2008, 29(1), S31-S40 [Em Linha] Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062>
- FARIAS, GM [et.al] – **Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal**. <http://w.w.w.fen.urg.br./revista/revistas1/original08.htm>.
- KOEMAN, Mirelle et al - **Oral Decontamination with Chlorhexidine Reduces the Incidence of Ventilator-associated Pneumonia**. American Journal of Respir. Crit. Care Med., Junho 2006. 173(12), 1348-1355 [Em Linha] Disponível em: <http://ajrcm.atsjournals.org/content/173/12/1348.full.pdf+html>
- MARCELINO, Paulo et al – **Manual de Ventilação Mecânica no Adulto, Abordagem do doente crítico**. Lisboa: Lucociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 1ª ed, 2009. 256p. ISBN: 978-972-8930-42-4.
- MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controle**. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 2001. 1116p. ISBN 85-7199-256-8.
- PINA, Drª Elaine [et al.], - **Recomendações da Infecção Respiratória no Doente Ventilado**. Ministério da Saúde. 2004. [consultado 21 Maio 2010]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008554.pdf>
- UFBERG, Jacob W. et al. 2005. **Aspiration of gastric contents: association with prehospital intubation**. American Journal of Emergency Medicine. 23 (3): 379-382.

- URDEN, Linda et al. 2008. **Thelan: Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. 5ª Ed. Lusodidacta, Lisboa.

## 5. Responsabilidades

Enfermeiros do CHLO – Hospital de Santa Cruz

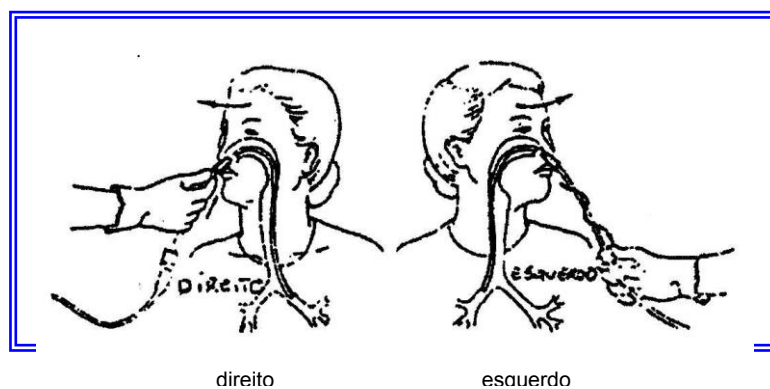
## 6. Descrição

### 6.1 Orientações Gerais

- É um conjunto de acções que visam manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenir estase de secreções, manter uma boa oxigenação, colher espécimes para análise e prevenir complicações, nomeadamente a PAV
- Utilizar técnica asséptica.
- O material para aspiração de secreções deve estar preparado junto do indivíduo. Ou pelo deve estar suficientemente próximo que o seu alcance seja instantâneo em situações de urgência.
- A utilização de sondas de aspiração em circuito fechado é preconizada nos indivíduos infectados e/ou crónicos.
- Aspiração de secreções pode ser efectuada por um ou dois enfermeiros, (de preferência com dois enfermeiros em indivíduos conectados a ventilador).
- A existência de ruídos respiratórios, nomeadamente roncos (ruídos de tonalidade grave, audíveis nos dois tempos respiratórios) sugere estase de secreções em brônquios de grande calibre.
- A existência de sibilos (ruídos de tonalidade aguda e fina, audíveis nos dois tempos respiratórios) sugere obstrução dos pequenos brônquios, quer por secreções, quer por broncoespasmo.
- O aumento da pressão nas vias aéreas pode ser sugestivo de estase de secreções ou obstrução no circuito externo do ventilador.
- O aumento do trabalho respiratório, associado à diminuição da Sat. O2 no doente ventilado pode ser optimizado pela aspiração de secreções.
- Uma pressão de aspiração excessiva pode dar origem a hipóxia ou traumatismo da mucosa da traqueia.
- A pressão de aspiração não deve ultrapassar:
  - ✔ 60-80 mmHg para crianças com menos de 1 ano
  - ✔ 80-120 mmHg para crianças com idade entre 1 e 8 anos
  - ✔ 120-150 mmHg para os adultos
  - ✔ 80-120 mmHg para adultos com mais de 75 anos
- Antes de cada aspiração deve ser efectuada hiperoxigenação, para prevenir hipoxémia grave, excepto em indivíduos DPOC. Muitas complicações podem ser evitadas hiperventilando o indivíduo e oxigenando-o antes e após a aspiração de secreções.
- A hiperoxigenação pode ser feita utilizando o ressuscitador manual enriquecido com O2 ou aumentando temporariamente o FiO2.
- O tamanho das sondas de aspiração não deve exceder metade do calibre do tubo endotraqueal. Recomenda-se:

CH do tubo endotraqueal	CH da sonda
2,0 – 3,0	04
3,5	05
4,0 – 4,5	06
5,0 – 6,0	08
6,5 – 7,0	10
7,5 – 8,0	12
8,5 – 9,0	14

- A duração de cada aspiração não deve ultrapassar 5 a 15 segundos.
- Aspirações prolongadas, com duração superior a 15 segundos podem provocar hipoxémia, alterações cardíacas e broncoespasmo.
- Para permitir a aspiração do brônquio esquerdo, roda-se a cabeça do indivíduo para o lado direito, alinhando o queixo com o ombro direito. A aspiração do brônquio direito faz-se de forma inversa:



Aspirações desnecessárias e repetidas não só traumatizam o indivíduo como irritam a mucosa e estimulam a produção de secreções, pelo que deve ser feita auscultação dos campos pulmonares para avaliar a necessidade da aspiração.

- Deve introduzir-se a sonda de aspiração no TET até se sentir resistência, recuando-a cerca de 0,5cm, para prevenir traumatismo/úlceras da traqueia.
- É preconizado uma pequena interrupção entre 2 aspirações consecutivas.
- Nos indivíduos com traqueostomia deve introduzir-se cuidadosamente a sonda de aspiração para minimizar o risco de traumatismo, pois o espaço morto das vias aéreas encontra-se diminuído.
- A instilação de cloreto de sódio a 0,9% não deve ser superior a 5cc e não deve ser feita por rotina pois diminui a PaO<sub>2</sub> e aumenta o risco de infecção e atelectasias. Deve ser apenas efectuada quando as secreções são espessas e viscosas ou se se verifica a existência de rolhões de muco e coágulos.
- Se existirem secreções “soltas” no TET, devem aspirar-se antes de se adaptar o ressuscitador manual.
- O sistema de aspiração (incluindo sondas de aspiração em circuito fechado) e o circuito externo do ventilador deve ser substituído:
  - em SOS
  - de 72 em 72 horas
  - diariamente, nos indivíduos imunossuprimidos e imunocomprometidos
- O ventilador deve ser substituído:
  - em SOS
  - de 7 em 7 diasdiariamente, nos indivíduos transplantados, imunossuprimidos e imunocomprometidos

## 6.2 Recursos

- Tabuleiro inox
- Sondas de aspiração ou sondas de aspiração em circuito fechado
- Ampolas de 10 cc de cloreto de sódio a 0,9%
- Seringa de 10 cc
- Luvas plásticas esterilizadas
- Frasco de água destilada estéril com abertura fácil
- Saco para resíduos
- Aspirador de alta pressão
- Tubo de silastic
- Ressuscitador manual conetado a fonte de O<sub>2</sub>
- Estetoscópio
- Material de higiene oral
- Material para colheita de espécimes (se necessário)
- Avental de plástico
- Máscara cirúrgica com viseira ou óculos de proteção
- Monitor eletrocardiográfico
- Sensor de saturação periférica de O<sub>2</sub>

### 6.3 Procedimento

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
Identificar o indivíduo	Gerir risco e segurança
Validar a prescrição ou quando não prescrita realiza-la sempre que se demonstre necessário.	Gerir risco e segurança
Explicar ao indivíduo todos os procedimentos se consciente e orientado	Tranquilizar o indivíduo Facilitar a colaboração
Proceder à higiene das mãos ou desinfeção com solução de base alcoólica	Prevenir IACS
Avaliar estado hemodinâmico do indivíduo (ECG, PA, FC, FR e PaO <sub>2</sub> )	Prevenir complicações
Verificar o funcionamento do aspirador	Garantir a segurança do indivíduo
Verificar valores da última gasimetria arterial	Prevenir complicações
Proceder à higiene das mãos ou desinfeção com solução de base alcoólica	Prevenir IACS
Colocar avental de plástico e máscara cirúrgica com viseira ou óculos de proteção	Prevenir IACS
Posicionar o indivíduo corretamente (cabeceira elevada 30° a 45°, se possível)	Facilitar a execução do procedimento Proporcionar conforto Prevenir aspiração do conteúdo gástrico
Auscultar os campos pulmonares bilateralmente	Avaliar necessidade da aspiração
Conectar fonte de O <sub>2</sub> ao ressuscitador manual ou aumentar o FiO <sub>2</sub> do ventilador	Prevenir hipoxia e mobilizar secreções
Conectar a sonda de aspiração ao tubo de tygon mantendo-a protegida pelo invólucro respetivo e ligar o aspirador	Dar continuidade ao procedimento Prevenir IACS
Desconectar o indivíduo do ventilador	Dar continuidade ao procedimento
Instilar 3 a 5 cc de cloreto de sódio a 0,9% no interior do TET, (0,5 a 1cc nas crianças), se necessário	Fluidificar as secreções
Adaptar o ressuscitador manual (conectado à fonte de O <sub>2</sub> ) à extremidade do tubo ET, procedendo à insuflação.	Manter boa oxigenação

A regulação da pressão de ar a insuflar é feita manualmente no ressuscitador manual.	Mobilizar as secreções
Adaptar o indivíduo ao ventilador	Manter oxigenação/perfusão Permitir ventilação mecânica
Calçar luva plástica esterilizada na mão dominante	Prevenir IACS
Segurar a sonda com a mão que tem a luva esterilizada	Dar início à aspiração
Desconectar o indivíduo do ventilador	
Introduzir a sonda de aspiração suavemente através do TET, sem ultrapassar o limite do tubo, não forçando se encontrar obstrução. A introdução é feita sem aspirar. A aspiração é feita com movimentos suaves pela mão dominante. Efetuar a aspiração até os campos pulmonares não apresentarem sinais audíveis de secreções, avaliando o estado hemodinâmico. A mão não dominante segura o TET.	Prevenir o traumatismo da traqueia e árvore respiratória Prevenir a hipoxémia Permitir a higiene traqueobrônquica eficaz
Retirar suavemente a sonda com movimentos circulares, sob aspiração intermitente, não ultrapassando os 15 segundos.	Remover as secreções Prevenir a hipoxémia Prevenir atelectasias
Adaptar o ressuscitador manual (conectado à fonte de O <sub>2</sub> ) à extremidade do tubo ET, procedendo à sua insuflação. Aspirar uma última vez.	Prevenir hipoxémia Prevenir atelectasias
Conectar o indivíduo ao ventilador com a mão não dominante.	Permitir ventilação mecânica
Inutilizar a luva e a sonda de aspiração enrolando-a na mão dominante e remover a luva pelo avesso para que a sonda fique no seu interior.  Limpar o tubo de aspiração. Aspirar no interior do frasco de água destilada com o tubo de tygon e proteger a sua extremidade.  Desligar o aspirador	Prevenir IACS Permitir desobstrução do tubo Controlar a contaminação do tubo
Auscultar os campos pulmonares bilateralmente	Avaliar a eficácia da aspiração
Fechar a fonte de O <sub>2</sub>	Evitar gastos desnecessários

	Prevenir acidentes
Efetuar higiene oral do Doente	Prevenir IACS Proporcionar conforto
Posicionar o indivíduo ou assisti-lo a posicionar-se	Proporcionar conforto
Remover EPI's	
Proceder à higiene das mãos	Prevenir IACS

NOTA: Se necessário repetir o procedimento, utilizar nova luva esterilizada e nova sonda de aspiração.

Na aspiração de secreções utilizado sondas de aspiração em circuito fechado, as acções descritas nos pontos 8, 12, 13 14,18 e 19 não se realizam.

#### 6.4 Registos

- Procedimento (data, hora, objectivo)
- Características das secreções brônquicas
- Reações do indivíduo
- Pressão Sanguínea, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Saturação Periférica de O<sub>2</sub>, Temperatura corporal, dor e escala da Agitação-sedação
- Características da auscultação pulmonar
- Complicações
- Educação para a saúde

#### 7. Anexos

Não tem.



### CUIDADOS AO INDIVÍDUO VENTILADO

#### 1. Objectivos

- ✔ Definir princípios orientadores da prestação de cuidados ao indivíduo submetido a ventilação invasiva
- ✔ Dotar o enfermeiro de competências para a prestação de cuidados a indivíduos submetidos a ventilação invasiva
- ✔ Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao indivíduo submetido a ventilação invasiva
- ✔ Prevenir complicações

#### 2. Âmbito

Aplica-se na prestação de cuidados a indivíduos submetidos a ventilação invasiva

#### 3. Definições

Ventilação mecânica invasiva	<p>Método de suporte ventilatório em que uma máquina movimenta os gases para dentro e para fora dos pulmões gerando um gradiente de pressão entre as vias aéreas superiores e os alvéolos. É um meio usado para introduzir ar fresco e retirar ar saturado.</p> <p>Compreende 4 fases:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Fase inspiratória</u> – o ventilador insufla os pulmões do doente, vencendo as propriedades elásticas e resistivas do sistema respiratório. A válvula inspiratória encontra-se aberta. No final da insuflação pulmonar, poderá ainda introduzir-se uma pausa inspiratória, com o objectivo de prolongar esta fase e melhorar as trocas gasosas;</li><li>• <u>Mudança da fase inspiratória para a fase expiratória</u> – Fase designada por ciclagem onde o ventilador interrompe a fase inspiratória e dá início à fase expiratória. Esta mudança pode ser ciclada por pressão, fluxo, volume e tempo consoante o ventilador e os parâmetros seleccionados;</li><li>• <u>Fase expiratória</u> – o ventilador irá proceder ao esvaziamento pulmonar, normalmente de forma passiva, permitindo que a pressão do sistema respiratório se equilibre com a pressão expiratória final determinada no ventilador. A válvula inspiratória fecha e abre a válvula expiratória;</li><li>• <u>Mudança da fase expiratória para a fase inspiratória</u> – esta transição pode ser desencadeada pelo ventilador ou pelo doente consoante a modalidade ventilatória em causa. Esta fase designa-se por ciclo respiratório em que o mecanismo de disparo pode ser por tempo, pressão ou fluxo. Dá-se a abertura da válvula inspiratória interrompendo a fase expiratória e permitindo o início da fase inspiratória de um novo ciclo.</li></ul>
PAV	PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador (existem protocolados procedimentos que contribuem para a prevenção de ocorrência da mesma.)

#### 4. Referências

- ALMGREN, M; LUNDMARK, M; SAMUELSON, K. - **The Richmond Agitation-Sedation Scale: translation and reliability testing in a Swedish intensive care unit.** Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2010 Jul; 54 (6): 729-35 (journal article - research) ISSN: 0001-5172 PMID: 20002362 [Em linha] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=e53d4680-5747-4dcb-9ac6-24c5dc06c5fe%40sessionmgr4&vid=3&hid=25&bquery=The+Richmond+Agitation-Sedation+Scale%3a+translation+AND+reliability+testing+%22in%22+a+Swedish+intensive+care+unit&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbmgmZGI9bnloJmRiPWx0aCZkYj1odGEEmbGFuZz1wdC1iciZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI>
- ARNEDO, Jesus M. Navarro [et al.] - Guia práctica de enfermería en el paciente crítico. Wtp://www.san.gva.es/centros/hgalica/guiaenf/VENTILZCION%20MECANICA. htm
- BURTON, George G.; HODGKIN, John E.; WARD, Jeffrey J. – **Respiratory care. A guide to clinical practice.** 4rd ed. Philadelphia: Lippincott. 1997. Xiv, 1156p. ISBN 0-397-55165-7.
- European Resuscitation Council. 2005. Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation: Elsevier
- GROSSBACH, I; STRANBERG, S; CHLAN L. - **Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation.** Critical Care Nurse [Crit Care Nurse], ISSN: 1940-8250, 2011 Jun; Vol. 31 (3), pp. 46-60; PMID: 20807893 [Em linha] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=25&sid=e53d4680-5747-4dcb-9ac6-24c5dc06c5fe%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=20807893>
- JÚNIOR, C. A.; GOMIDE A. – **Assistência Ventilatória Mecânica.** São Paulo: Editora Atheneu, 1995, 471p. ISBN: 95-3442.
- KARAMCHANDANI, K; REWARI V; TRIKHA, A.; BATRA RK - **Bispectral index correlates well with Richmond agitation sedation scale in mechanically ventilated critically ill patients.** Journal Of Anesthesia [J Anesth], ISSN: 1438-8359, Jun 2010; Vol. 24 (3), pp. 394-8; PMID: 20225074 [Em linha] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&hid=14&sid=d8561f25-819e-4419-8ba8-b55cebf07838%40sessionmgr112>
- KELLEY, Scott D. – **Monitorização da Consciência - Como usar o Índice Biespectral, um guia de bolso para médicos.** 2ª ed, 2008, 40p. Aspect Medical Systems, Inc. 083-0012 1.01 [Em Linha] Disponível em: [www.biseducation.com/ViewAsset.aspx?aaid=25&lang=pt-BR](http://www.biseducation.com/ViewAsset.aspx?aaid=25&lang=pt-BR)
- LOUGH, M. E., Stacy, K. M., & URDEN, L. D. (2008). Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção. Loures: Lusodidacta.
- MARCELINO, Paulo et al – **Manual de Ventilação Mecânica no Adulto, Abordagem do doente crítico.** Lisboa: Lucociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 1ª ed, 2009. 256p. ISBN: 978-972-8930-42-4
- MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia, Prevenção, Controle.** 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 2001. 1116p. ISBN 85-7199-256-8.
- PÁDUA, A. I; MARTINEZ, J. A. B. – Modos de Assistência Ventilatória. Medicina, Ribeirão Preto 34: 133-142, abr./jun. 2001 [Em Linha] Disponível em: [http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/modos\\_assistencia\\_ventilatoria.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/modos_assistencia_ventilatoria.pdf)
- PERTAB D - **Principles of mechanical ventilation – a critical review.** British Journal of Nursing (BJN), Vol. 18 (15): 915-8 (journal article), Agosto 2009, ISSN: 0966-0461 PMID: 19717989 [Em linha] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=735ad8f3-9e35-43f7-adaf-65db032e6914%40sessionmgr12&vid=3&hid=13&bquery=Principles+%22of%22+mechanical+ventila>

[tion+%E2%80%93+a+critical+review&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbmZGI9bnloJmxhbm9cHQtYnlmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWVvc3QtbGl2ZQ%3d%3d](http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0)

- PNCI – **Recomendações para a Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado**. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004, 22p. [Em linha] Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Normas Clínicas: Documento de Consenso sobre pneumonia nosocomial** – <http://www.cuidadosintensivos.net/guidelines/medicina-intensiva/infeccao-e-sepsis/2009-spp-spci-pneumonia.pdf>
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor**. Resultados do relatório preliminar e recomendações. [Em linha] Disponível em: <http://dl.dropbox.com/u/40118346/Relat%C3%B3rio%20Preliminar%20GA>
- THELAN, Lynne A. et al – **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. Lisboa: Lusodidacta Lda, 5ª ed, 2008. 1265p. ISBN: 978-989-8075-08-6
- WILLIAMS T.A., MARTIN S, LESLIE G, et al - **Duration of Mechanical Ventilation in an Adult Intensive Care Unit after introduction of sedation and pain scales**. American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses [Am J Crit Care], ISSN: 1062-3264, Jul 2008; Vol. 17 (4), pp. 349-56; PMID: 18593834 [Em linha] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=16&hid=13&sid=735ad8f3-9e35-43f7-adaf-65db032e6914%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=18593834>

## 5. Responsabilidades

Enfermeiros do CHLO – Hospital de Santa Cruz

## 6. Descrição

### 6.1 Orientações Gerais

- Os objectivos da ventilação mecânica invasiva são:
  - ✔ Garantir uma adequada oxigenação melhorando as trocas gasosas (reverter a hipoxemia, atenuar a acidose respiratória aguda);
  - ✔ Garantir uma adequada ventilação;
  - ✔ Atenuar a dificuldade respiratória (diminuir o consumo de oxigénio relacionado à respiração, reverter a fadiga respiratória);
  - ✔ Alterar as relações pressão-volume (evitar ou reverter atelectasias, melhorar a complacência respiratória, evitar a progressão de uma lesão pulmonar);
  - ✔ Permitir a reparação dos pulmões e vias aéreas;
  - ✔ Evitar complicações decorrentes de doenças neuromusculares e/ou degenerativas.
- A ventilação mecânica invasiva pode estar indicada:
  - ✔ Em situações em que não coexiste necessariamente patologia como em caso de anestesia geral electiva, necessidade de ventilação com pressão positiva e necessidade de sedação e bloqueio neuro-muscular);
  - ✔ Em situações clínicas como, paragem cardiorrespiratória, lesões no centro respiratório, insuficiência respiratória devido a doença pulmonar crónica intoxicação ou abuso de drogas, embolia pulmonar, TCE, AVC, apneia/ hipoventilação com elevação de PaCO<sub>2</sub> (traduzida em acidose respiratória), hipercapnia, disfunção dos

músculos respiratórios, patologia neuro-muscular, trabalho respiratório excessivo (> a 35 ciclos respiratórios por minuto), hipoxémia grave e aumento da resistência das vias aérea/obstrução;

✔ Perante os parâmetros laboratoriais onde a gasimetria arterial é um teste de diagnóstico fundamental na decisão de ventilar ou não ventilar um doente.

- O suporte ventilatório mecânico deve ser iniciado de acordo com critérios fundamentalmente clínicos.
- A ventilação mecânica invasiva implica obrigatoriamente a técnica de entubação endotraqueal (através de TET ou de máscara laringea) ou de traqueostomia. O quadro que se segue mostra as vantagens e desvantagens de ambas as técnicas.

	Vantagens	Desvantagens
Entubação Endotraqueal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ Técnica de rápida execução</li> <li>✔ Ausência de procedimento cirúrgico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ Complicações no local do cuff pela compressão exercida pelo mesmo sobre a mucosa respiratória</li> <li>✔ Complicações laringeas</li> <li>✔ Lesão naso-faríngea</li> <li>✔ Dificuldades na imobilização do tubo, com risco de perda de integridade cutânea na pele circundante.</li> </ul>
Traqueostomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ Facilidade de substituição</li> <li>✔ Medicamentos na forma de nebulização e oxigénio podem ser administrados pela cânula</li> <li>✔ Maior mobilidade do doente</li> <li>✔ Permite ao doente comunicar verbalmente e deglutir</li> <li>✔ Maior conforto para o doente</li> <li>✔ Facilita o desmame ventilatório em doentes com diminuição de complacência pulmonar</li> <li>✔ Facilita a tossir e possibilidade de eliminação das secreções</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ Requer uma abertura cirúrgica feita na traqueia</li> <li>✔ Complicações no local do cuff</li> <li>✔ Complicações do estoma</li> <li>✔ Aumento da incidência de infecções respiratórias</li> <li>✔ Aumento da mortalidade por descanulação inadvertida antes da formação do trajecto</li> <li>✔ Auto-imagem alterada no doente consciente e orientado</li> </ul>

- A ventilação invasiva acarreta um grande risco de complicações, tais como: traumatismo traqueal, instabilidade hemodinâmica (por redução do débito cardíaco e consequente comprometimento da circulação pulmonar), atelectasias, barotrauma, volumotrauma, enfisema subcutâneo, perda de massa muscular, infecção nosocomial (como a PAV), entre outras. Assim, o doente ventilado requer de bastantes cuidados especializados para prevenir o mais precocemente eventuais complicações inerentes à ventilação mecânica invasiva. Alguns focos importantes a ter sempre nos cuidados ao doente ventilado, encontram-se enunciados de seguida:

- ✔ Avaliação do estado de consciência/sedação;
- ✔ Controlo da dor;
- ✔ Manutenção do Ventilador e prevenção da PAV;
- ✔ Fixação do TET e prevenção da extubação acidental;
- ✔ Comunicação com o doente ventilado;
- ✔ Autocuidado actividade física;
- ✔ Autocuidado comer e beber;
- ✔ Autocuidado higiene;
- ✔ Limpeza das vias aéreas (ver norma aspiração de secreções)

#### ✔ AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA/SEDAÇÃO E CONTROLO DA DOR

- Sedação e analgesia são essenciais no tratamento do doente submetido a ventilação mecânica invasiva, para minimizar o pânico, a ansiedade e o próprio desconforto causado pela ventilação, principalmente nos doentes com períodos mais longos de conexão a prótese ventilatória. Assim, a sedação e analgesia tem como principais objectivos:
  - Reduzir a ansiedade e melhorar o conforto do doente;
  - Reduzir o stress;
  - Facilitar o sono;
  - Evitar lesões acidentais, minimizando repercussões fisiológicas e psicológicas;
  - Reduzir a resistência mecânica para a ventilação.
- A optimização da sedação e analgesia em doentes de cuidados intensivos, está demonstrado que reduz o tempo de permanência de ventilação mecânica, assim como a própria duração do internamento.
- No doente já estabilizado hemodinamicamente mas que ainda seja necessária a sedação, dar preferência a fármacos que não atrasem o “desmame” do ventilador.
- Os bloqueantes neuromusculares, se necessários (após optimização da sedação e analgesia), devem utilizar-se criteriosamente e apenas durante o tempo indispensável.
- Apesar da utilização de uma escala de sedação e de dor não diminuir diretamente a duração da ventilação mecânica, auxilia a equipa na gestão do doente submetido a ventilação mecânica, possibilitando maior conforto e melhor eficácia no desmame ventilatório.
- A utilização da escala de agitação-sedação de Richmond (RASS), parece ser adequada e fiável para o doente ventilado permitindo a avaliação de vários níveis de sedação. Embora a sedação e agitação sejam avaliadas em uma única escala, a abordagem sequencial ajuda a estabelecer um único score para a avaliação destas. A sua função de maior relevância

clínica é a diferenciação entre uma inadequada, ótima, ou excessiva sedação. A imagem que se segue mostra a escala de Agitação-sedação de Richmond (RASS).

PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	AVALIAÇÃO		
			M	T	N
+4	Agressivo	Violento; perigoso			
+3	Muito Agitado	Conduta agressiva; Remoção de tubos ou cateteres			
+2	Agitado	Luta com o ventilador; movimentos descoordenados			
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos			
0	Alerto, Calmo				
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (> 10 seg)			
-2	Sedação Leve	Acorda rapidamente e faz contacto visual com o som da voz (<10 seg)			
-3	Sedação Moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contacto visual)			
-4	Sedação Profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física			
-5	Incapaz de ser Despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico			

- Uma pontuação RASS de 0 a -3 demonstra uma sedação moderada, o que é o desejado na maioria dos doentes internados na UCI. As pontuações > 0 indicam uma sedação inadequada e uma pontuação de - 4 ou - 5 indica sedação excessiva (desde que não seja no intra-operatório).
- Para além da utilização de uma escala de sedação, como a de RASS, pode-se ainda associar a avaliação do Índice Biespectral (BIS), através de um monitor próprio. Esta avaliação é a forma mais reconhecida de monitorização da função cerebral e da consciência usada em contexto clínico nos procedimentos de anestesia e sedação, principalmente no intra-operatório mas também em UCI. O Índice BIS é um número de 0 a 100 que representa o estado do EEG. O BIS corresponde uniformemente ao aumento da dose do hipnótico (venoso ou inalatório) ao longo de todo o espectro de consciência. O BIS não avalia a analgesia e não permite prever a ocorrência de reflexos espinhais em resposta à estimulação nociceptiva. O quadro que se segue reflecte uma associação geral entre o estado clínico e os valores do BIS.

<b>Intervalo do Índice do BIS</b>	100	ACORDADO • Responde a ordens normais
	80	SEDAÇÃO LEVE/MODERADA • Pode responder a comandos em voz alta ou a estímulos/sacudidelas leves
	60	ANESTESIA GERAL • Baixa probabilidade de lembrança explícita
	40	ESTADO HIPNÓTICO PROFUNDO • Não responde a estímulo verbal
	20	• Supressão de impulsos
	0	EEG COM LINHA PLANA

- A avaliação da dor, em doentes submetidos a ventilação mecânica, deve ser feita por meio subjectivo da observação de comportamentos. Assim, baseadas em indicadores comportamentais foram desenvolvidas escalas para detetar e medir a dor em doentes críticos sendo que a Behavioural Pain Scale (BPS) foi eleita como a preferida, num estudo desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, para a avaliação da dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados. O quadro que se segue mostra a Escala Comportamental da Dor (BPS).

## ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

(PARA DOENTE QUE NÃO COMUNICA, SEDADO/VENTILADO)

<b>EXPRESSÃO FACIAL</b>	Relaxada	1
	Ligeiramente Contraída (ex. sobrancelhas cerradas)	2
	Contração Franca (ex. pálpebras cerradas)	3
	Fáceis com sinal de dor	4
<b>TÓNUOS DOS MEMBROS SUPERIORES</b>	Sem Movimento	1
	Ligeira Flexão	2
	Membros em flexão e punhos cerrados	3
	Membros retraídos	4
<b>ADAPTAÇÃO Á VENTILAÇÃO</b>	Adaptado	1
	Reacção esporádica ao ventilador	2
	Luta contra o ventilador	3
	Impossível de Ventilar	4

**Ausência de dor = 3 pontos    Dor Intensa = 12 pontos**

### 📌 MANUTENÇÃO DO VENTILADOR E PREVENÇÃO DA PAV

- Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no documento de Consenso sobre pneumonia nosocomial associada a ventilador, propõem a utilização do acrónimo “A MENTE” na prevenção da PAV e com o seguinte significado:
  - A de Acordar: evitar sedação profunda e agentes paralisantes e promover períodos de suspensão diária de sedação;
  - M de Mãos: lavagem/desinfecção das mãos e cumprimento das medidas de assepsia;
  - E de Elevação da cabeceira do leito a 30-45°;
  - N de Nutrição, de preferência entérica e contribuindo para prevenir a úlcera péptica;
  - T de Tubos: evitar entubar (ventilação não-invasiva, se possível), extubar e retirar outros tubos e acessos o mais cedo possível;
  - E de Educação: formação e envolvimento dos profissionais de saúde através de um programa de controlo de infecção hospitalar. (FROES, et al., 2007)
- Substituir o sistema de aspiração e o circuito externo do ventilador:
  - SOS



- O circuito deve ser substituído quando visivelmente sujo ou com defeito mecânico. (NHS, 2007) Efectivamente de acordo com a Care Bundles para prevenção da PAV a NHS 2007, referido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, o circuito deverá ser substituído só quando estiver danificado ou com defeito mecânico.
  - Diariamente, nos indivíduos imunossuprimidos e imunocomprometidos
- Substituir o ventilador:
    - SOS
    - 7 /7 dias
  - O humidificador higroscópio deve ser substituído diariamente e em SOS.
  - A prevenção da PAV é mandatória e encontra-se definida em Norma própria, com intervenções específicas na prestação de cuidados ao doente.
  - Os cuidados de higiene referenciados adiante contribuem para a prevenção da PAV e estão descritos na Norma referida.

### 📌 FIXAÇÃO DO TET


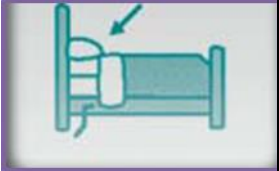
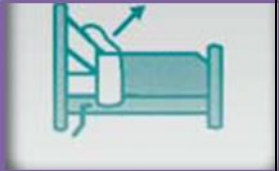













- Para prevenir a extubação acidental deve:
  - Fixar o TET com uma tira de adesivo comprido, de forma a dar várias voltas ao tubo e a ficar aderente à face do indivíduo. Utilizar uma segunda tira enrolada no sentido contrário
  - Manter o TET 5cm para além do sistema de fixação
  - Assinalar o nível do TET
  - Manter adequado volume de insuflação do “cuff”
  - Avaliar manualmente de 4 em 4 horas a pressão do “cuff”
  - Evitar a tracção do TET, mantendo um adequado posicionamento das traqueias e o ventilador travado
  - Administrar terapêutica sedativa prescrita

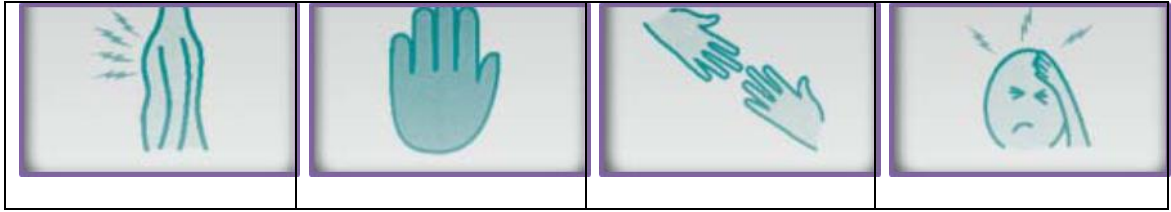
### 📌 COMUNICAÇÃO COM O DOENTE VENTILADO

- Os doentes submetidos a ventilação mecânica não se conseguem expressar verbalmente dado que a presença do tubo ET com a insuflação do cuff impede a passagem de ar através das cordas vocais e a ressonância sonora.
- Embora a comunicação com o doente ventilado se centre essencialmente em questões relacionadas com o conforto físico, como o posicionamento ou a aspiração de secreções, a equipa deve estar atenta a outras necessidades de comunicação muitas vezes importantes para o doente, como por exemplo necessidades de carácter afectivo, de resolução de problemas pessoais ou até de fim de vida. Assim, a comunicação não verbal é fundamental e deve ser bastante trabalhada.
- Deverá haver uma grande colaboração de toda a equipa multidisciplinar, da família e do próprio doente para ultrapassar as barreiras da comunicação que possam gerar ansiedade, frustração e medo de toda e até um eventual consequente desajuste ventilatório.
- A informação transmitida ao doente de que não vai conseguir comunicar verbalmente após a EET deve ser feita o mais precocemente possível, assim como a introdução de medidas alternativas de comunicação não verbal (“a comunicação não-verbal pode estabelecer-se

mediante sinais, gestos, leitura através dos lábios, apontar, mímica facial ou pestanejo ” (Lough, M. E., Stacy, K. M., & Urden, L. D. 2008).

- Algumas estratégias que facilitam a comunicação com o doente ventilado são;
  - Estabelecer um ambiente favorável à comunicação;
  - Avaliar as habilidades funcionais que afectam a comunicação;
  - Antecipar as necessidades do doente;
  - Facilitar a leitura labial;
  - Utilizar alternativas e dispositivos que facilitem a comunicação;
  - Instruir o doente e a família sobre as técnicas de comunicação.
- O quadro que se segue é um exemplo de uma estratégia para facilitar a comunicação com o doente ventilado, através de uma tabela com imagens

Mudar de posição	Baixar a cabeceira	Levantar a cabeceira	Sentar na cadeira
			
Quero descansar	Silêncio por favor!	Televisão	Ventilador
			
Aspirar	Molhar a boca	Pano fresco	Cobertor
			
Dor	Quente	Arrefecer	Comichão
			
Dor no peito	Parar	Ajuda	Dor de cabeça



## 🌱 AUTOCUIDADO ACTIVIDADE FISICA

- A ventilação mecânica pode obrigar a longos períodos de imobilidade no leito, podendo provocar alterações profundas no aparelho respiratório e consequentemente influenciar na recuperação do doente. As principais repercussões fisiológicas no sistema respiratório e para as quais devemos orientar os nossos cuidados para as minorar, são: diminuição da expansão caixa torácica e da excursão do diafragma (“compliance” respiratória), atelectasias, redução do movimento e acumulações de secreções, infeção respiratória e alteração do equilíbrio O<sub>2</sub>- CO<sub>2</sub>.
- O treino de exercício é a base da reabilitação respiratória, tais como, exercício dos membros superiores e inferiores e treino dos músculos respiratórios.
- Deve-se, no doente orientado incentivar a fazer as mobilizações ativas ou ativas assistidas dos membros inferiores e superiores, de acordo com a situação clínica, tais como flexão/dorsiflexão da tíbio-társica, flexão/extensão escápulo-umeral.
- No indivíduo submetido a ventilação mecânica devem ser evitados os posicionamentos em decúbitos laterais puros, pelo risco de diminuição da expansão pulmonar.
- Deve-se vigiar possíveis sinais de desconforto do doente mantendo-o alinhado, massajando o dorso e alternando com frequência de decúbitos. A adopção de posições confortáveis para o doente permite: reduzir a tensão psíquica e muscular; melhorar a frequência cardíaca, facilitar o controlo da respiração, aumentar a colaboração do doente e reduzir a sobrecarga muscular.
- Promover o levante precoce assim que possível.
- Quanto maior for a verticalização, mais fácil e mais eficaz se torna o movimento inspiratório, para além de prevenir complicações como o aparecimento da pneumonia associada à ventilação (PAV), pelo que a cabeceira do doente deve estar elevada entre 30° a 45°, caso não haja contra-indicações.
- Todo o doente ventilado deverá ter ao seu dispor, caso seja indicado, cinesiterapia respiratória, tendo esta como objectivos:
  - Preservar e corrigir defeitos ventilatórios;
  - Melhorar a performance dos músculos respiratórios;
  - Assegurar a permeabilidade das vias aéreas;
  - Melhorar adaptação à ventilação;
  - Prevenir e corrigir alterações do esqueleto e músculos;
  - Reduzir a tensão psíquica e muscular;
  - Reeducar no esforço.
- A existência de roncos (ruídos de tonalidade grave, audíveis nos dois tempos respiratórios) sugere estase de secreções em brônquios de grande calibre.
- A existência de sibilos (pequenos silvos de tonalidade aguda e fina, audíveis nos dois tempos respiratórios) sugere obstrução dos pequenos brônquios quer por secreções, quer por broncoespasmo.
- O aumento do tempo expiratório sugere igualmente a presença de broncoespasmo.

- A existência de zonas de hipodensidade, na radiografia do tórax, sugere derrame pleural ou condensação pulmonar.
- A existência de zonas de hiperdensidade, no Rx de tórax, sugere pneumotórax.
- A ausência ou a diminuição do murmúrio vesicular pode ser sugestiva de pneumotorax.
- O Rx que apresente um desvio nítido da traqueia para um lado é sugestivo da presença de pneumotorax no lado oposto.
- Os limites superiores e inferiores dos alarmes do ventilador devem ser individualmente ajustados e não deve ultrapassar 10% dos valores prescritos para o indivíduo.
- A diminuição do volume corrente pode ser sugestivo de fuga no circuito, rotura do “cuff” ou diminuição da pressão.
- O aumento da pressão nas vias aéreas pode ser sugestivo de estase de secreções ou obstrução no circuito.
- A emissão de sons provenientes das cordas vocais pode ser sugestiva de diminuição da pressão, rotura do “cuff” ou deslocação do tubo endotraqueal (TET).
- A assimetria dos movimentos do tórax e /ou diminuição do murmúrio vesicular num dos hemitórax, pode ser sugestivo de deslocação do TET para um brônquio principal.
- O TET possui um filamento radiopaco cujo nível inferior deve estar posicionado 2 a 3 cm acima da carina traqueal e o nível superior posicionado 5cm para além do sistema de fixação.

#### AUTOCUIDADO ACTIVIDADE COMER E BEBER

- É fundamental promover e manter um nível nutricional adequado, visto que a ventilação mecânica prolongada pode levar a estados de desnutrição com perda da massa muscular com conseqüente diminuição da contratibilidade diafragmática e diminuição do desempenho muscular respiratório. O doente ventilado geralmente apresenta-se num estado de hipermetabolismo com grande gasto energético.
- A hidratação adequada do doente é muito importante para se conseguir uma boa fluidificação de secreções e sua posterior mobilização, assim como para a manutenção de uma função renal adequada. Esta hidratação deve ser essencialmente sistémica sendo a via oral e a intravenosa as vias de eleição.
- A ventilação mecânica por pressão positiva pode apresentar repercussões na função renal do doente através da diminuição de débito urinário e da excreção de Sódio (Na<sup>+</sup>), sendo que

esses efeitos podem estar ligados a fatores diretos, tais como a diminuição do débito cardíaco e a alteração da pressão arterial, ou indiretamente com a alteração simpática ou por alterações hormonais. Assim, deve haver um controlo rigoroso da diurese do doente, realizando um balanço hídrico rigoroso, pesando diariamente, se possível, para um acompanhamento de retenção ou perda de líquidos. Também se deve estar igualmente atento à presença de edemas periféricos e à monitorização dos níveis de eletrólitos, uréia e creatinina.

- A nutrição entérica sempre que possível deve ser a primeira escolha de suporte nutricional, por ser a mais fisiológica, de menor custo e de menor risco de infecção. Tem vantagens fisiológicas, na digestão, absorção e na geração de hormônios digestivos, além de manter a integridade da barreira da mucosa intestinal.
- No doente que se encontre a fazer nutrição entérica deve-se ter os cuidados necessários para prevenir a aspiração de conteúdo associada a esta, para tal, a cabeceira elevada entre 30° a 45° e a avaliação regular do conteúdo gástrico, com ajuste se necessário quer do volume como da composição da nutrição entérica, são medidas fundamentais.

#### AUTOCUIDADO ACTIVIDADE HIGIENE

- É fundamental promover uma adequada higiene e hidratação da pele para manter a integridade cutânea do doente.
- A higiene oral assume particular importância no caso de presença de tubo endotraqueal. Preconiza-se que se realize de 4 em 4 h e sempre que se demonstre necessário.
- A utilização de clorhexidina é fundamental na higiene oral e prevenção da PAV no doente ventilado

## 6.2 Recursos

- Material para aspiração de secreções (ver norma)
- Material para higiene oral
- Adesivo
- Estetoscópio
- Material para gasimetria arterial
- Monitor para avaliação de PSe FC
- Sensor de saturação periférica de O<sub>2</sub>
- Termómetro

### 6.3 Procedimento

#### CUIDADOS AO INDIVÍDUO VENTILADO

ACÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
Identificar o indivíduo	Gerir risco e segurança
Validar a prescrição	Gerir risco e segurança
Avaliar o nível de ansiedade, conhecimentos básicos e compreensão do indivíduo/família	
Fornecer informações adequadas ao nível de compreensão do indivíduo/família	Reduzir a ansiedade do indivíduo/família através de encorajamento, orientações e explicações claras
Explicar ao indivíduo/família sobre o seu processo de doença, procedimentos terapêuticos e ventilação mecânica	Tranquilizar o indivíduo
Incentivar, se possível, a verbalização de dúvidas, medos e ansiedades	Facilitar a colaboração
Incentivar a comunicação não verbal, estimulação táctil e sensorio-motora	
Estabelecer meios alternativos de comunicação, tais como, uso de sinais, cartões ilustrativos, comunicação escrita, etc.	Estabelecer uma comunicação efectiva do indivíduo com a família e com toda a equipa Tranquilizar o indivíduo Facilitar a colaboração
Proceder à higiene das mãos tendo presente os cinco momentos de higienização das mãos	Prevenir IACS
Proceder à avaliação da escala de agitação-sedação caso o doente se encontre sedado	Adequar o nível de sedação do doente à finalidade pretendida em termos terapêuticos
Proceder à avaliação da dor através da escala adequada (BPS), pelo menos uma vez por turno, com reavaliação sempre que haja score $\geq 4$ ou caso se tenha efectuado uma intervenção farmacológica ou não farmacológica	Gerir a dor do doente Promover o conforto Facilitar a colaboração, Manter o doente ajustado à prótese ventilatória
Manter o doente bem alinhado e posiciona-lo o 2 em 2 horas ou em SOS, de acordo com a sua situação, alternando regularmente o decúbito dorsal com semi-laterais. Evitar os laterais puros.	Facilitar a mobilização e drenagem de secreções Prevenir o aparecimento de zonas de pressão

	<p>Preservar a função muscular</p> <p>Manter a expansibilidade pulmonar evitando complicações como atelectasias</p>
Orientar, incentivar e/ou fazer mobilizações passiva/activas dos membros superiores e inferiores do indivíduo	<p>Preservar a função muscular</p> <p>Prevenir a perda de tónus muscular</p>
Verificar com regularidade se o doente se encontra confortável, inquirindo se orientado ou avaliando sinais subjectivos de presença de desconforto/dor se sedado.	<p>Reduzir a tensão psíquica e muscular</p> <p>Facilitar o controlo da respiração e a colaboração do doente</p> <p>Reduzir a sobrecarga muscular</p>
Providenciar o levante o mais precoce possível	<p>Preservar a função muscular</p> <p>Facilitar a mobilização e drenagem de secreções</p> <p>Prevenir o aparecimento de zonas de pressão</p>
Auscultar os campos pulmonares, despistando presença de ruídos adventícios e sempre que se verifiquem alterações dos parâmetros do ventilador, das gasimetrias de controlo ou do estado geral do doente	<p>Despistar assimetrias, diminuição ou ausência do murmúrio vesicular, broncoespasmo, roncos, sibilos ou ferveores</p> <p>Despistar sobrecarga volémica</p>
Observar parâmetros e funcionamento do ventilador, no início de cada turno, sempre que se avaliam FC, FR, PA, PaO2 e Tax e/ou se verificam alterações nas gasimetrias de controlo e no estado geral do doente	<p>Manter oxigenação eficaz</p> <p>Prevenir complicações</p> <p>Assegurar o funcionamento adequado do ventilador</p>
Verificar com regularidade as condições do circuito externo a fim de detectar eventuais fugas ou pontos de condensação de água	<p>Assegurar o funcionamento adequado do equipamento</p> <p>Prevenir complicações</p>
Verificar o funcionamento do sistema de alarmes e ajustá-los aos parâmetros programados	



<p>Proceder a balanço hídrico rigoroso</p> <p>Vigiar presença de edemas</p> <p>Monitorizar electrólitos, ureia e creatinina</p>	<p>Despistar precocemente alterações na função renal ou cardíaca gerada pela pressão positiva da ventilação mecânica que pode diminuir o retorno venoso</p>
<p>Administrar nutrição entérica ou parentérica conforme indicações da dietista e da equipa médica</p> <p>Monitorizar o nível sérico de electrólitos, glicémia e proteínas</p>	<p>Manter nível nutricional adequado</p>
<p>Observar sinais e sintomas de distúrbios gastrointestinais</p> <p>Avaliar com regularidade o conteúdo gástrico, principalmente se o doente se encontrar a fazer nutrição entérica (avaliar de 4/4 horas)</p> <p>Em caso de resíduo gástrico superior a 200ml ajustar o esquema da nutrição entérica conforme indicações da dietista</p>	<p>Manter nível nutricional adequado</p> <p>Manter função gastrointestinal adequada</p> <p>Prevenir aspiração associada à nutrição entérica</p>
<p>Elevar a cabeceira entre 30° a 45° nos doentes que estejam a fazer nutrição entérica, desde que não exista contra-indicação</p>	<p>Prevenir aspiração associada à nutrição entérica</p>
<p>Providenciar gasimetria arterial 15 minutos após alteração de parâmetros do ventilador e sempre que a situação clínica o exigir</p>	<p>Manter oxigenação eficaz</p> <p>Prevenir complicações</p>
<p>Observar Rx de tórax</p>	<p>Despistar imagens de hipo ou hiper densidade</p> <p>Despistar desvio da traqueia</p>
<p>Efetuar aspiração de secreções (ver norma)</p>	<p>Permitir uma oxigenação eficaz</p> <p>Prevenir complicações</p>
<p>Manter correta fixação do tubo TET. Substituir a fixação diariamente e SOS</p>	<p>Prevenir lesões cutâneas</p> <p>Evitar deslocação do tubo endotraqueal</p>
<p>Fazer higiene oral 4/4h e SOS</p>	<p>Prevenir infecção</p> <p>Proporcionar conforto</p>
<p>Assegurar a recolha do material</p>	<p>Prevenir contaminação</p>

#### 6.4 Registos

- Procedimento (data, hora, objectivo)
- Características das secreções
- Reações do indivíduo
- Pressão Sanguínea, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Saturação Periférica de O<sub>2</sub>, Temperatura corporal e dor
- Estado e coloração da pele e mucosas
- Características da auscultação pulmonar
- Valores das gasimetrias
- Nível e calibre do TET
- Complicações
- Educação para a saúde

#### 7. Anexos

Não tem.



## CUIDADOS AO INDIVÍDUO SUBMETIDO A ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES COM EET

### 1. Objectivos

- ✔ Definir princípios orientadores da prestação de cuidados ao indivíduo submetido a aspiração de secreções com EET
- ✔ Dotar o enfermeiro de competências para a prestação de cuidados
- ✔ Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao indivíduo submetido a aspiração de secreções com EET
- ✔ Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao indivíduo submetido a aspiração de secreções com EET
- ✔ Prevenir complicações

### 2. Âmbito

Aplica-se na prestação de cuidados a indivíduos submetido a aspiração de secreções com EET


### 3. Definições

EET

Procedimento altamente invasivo que “Consiste na permeabilização artificial das vias aéreas com recurso a um adjuvante”. (ATLS, American College of Surgeons). Traduz-se, na colocação de um tubo de plástico flexível (isto é, tubo endotraqueal) através da boca, nariz ou traqueia. A selecção entre estes locais anatómicos para criação da via aérea artificial no doente depende da finalidade do procedimento e da condição clínica do doente. A entubação endotraqueal (EET) cria uma via aérea acessível para ventilação mecânica e permite a administração de anestésicos ou outros medicamentos gasosos para dentro dos pulmões. A EET pode ser realizada durante uma situação de emergência (ex. paragem cardiorespiratória), ou como parte de um procedimento planeado (ex. cirurgia, broncofibroscopia, etc.).

Surge muitas vezes referido na literatura como intubação traqueal/intubação endotraqueal.



Sonda de Aspiração	<p>Cateter de sucção com controlo de vácuo com a ponta do dedo. Numerado de acordo com o diâmetro, descartável e de uso único.</p> 

#### 4. Referências

- ARNEDO, Jesus M. Navarro [et al.] - **Guia práctica de enfermería en el paciente crítico**. <http://www.san.gva.es/centros/hgalica/guiaenf/TECNICA%20DE%20ASPIRACION%20SECRECION%20TRAQUEOBRONQUIALES.htm>
- BURTON, George G.; HODGKIN, John E.; WARD, Jeffrey J. – **Respiratory care. A guide to clinical practice**. 4rd ed. Philadelphia: Lippincott. 1997. Xiv, 1156p. ISBN 0-397-55165-7.
- COFFIN, Susan E., MD, MPH et al - **Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals**. Chicago Journals – SHEA, Outubro 2008, 29(1), S31-S40 [Em Linha] Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062>
- FARIAS, GM [et.al] – **Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal**. <http://w.w.w.fen.urg.br./revista/revistas1/original08.htm>.
- KOEMAN, Mirelle et al - **Oral Decontamination with Chlorhexidine Reduces the Incidence of Ventilator-associated Pneumonia**. American Journal of Respir. Crit. Care Med., Junho 2006. 173(12), 1348-1355 [Em Linha] Disponível em: <http://ajrcm.atsjournals.org/content/173/12/1348.full.pdf+html>
- MARCELINO, Paulo et al – **Manual de Ventilação Mecânica no Adulto, Abordagem do doente crítico**. Lisboa: Lucociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 1ª ed, 2009. 256p. ISBN: 978-972-8930-42-4.
- MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controle**. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 2001. 1116p. ISBN 85-7199-256-8.
- PINA, Drª Elaine [et al.], - **Recomendações da Infecção Respiratória no Doente Ventilado**. Ministério da Saúde. 2004. [consultado 21 Maio 2010]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008554.pdf>
- UFBERG, Jacob W. et al. 2005. **Aspiration of gastric contents: association with prehospital intubation**. American Journal of Emergency Medicine. 23 (3): 379-382.

- URDEN, Linda et al. 2008. **Thelan: Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. 5ª Ed. Lusodidacta, Lisboa.

## 5. Responsabilidades

Enfermeiros do CHLO – Hospital de Santa Cruz

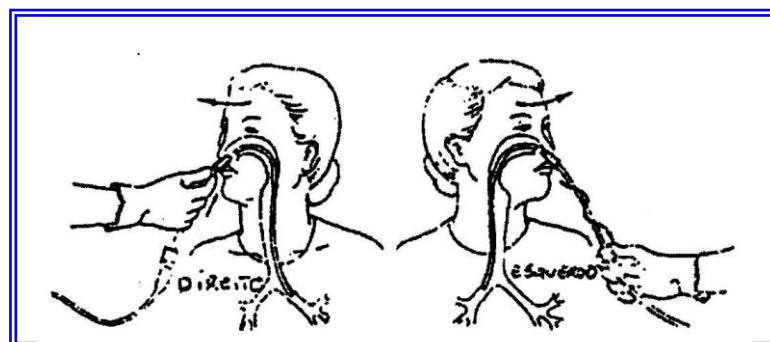
## 6. Descrição

### 6.1 Orientações Gerais

- É um conjunto de acções que visam manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenir estase de secreções, manter uma boa oxigenação, colher espécimes para análise e prevenir complicações, nomeadamente a PAV
- Utilizar técnica asséptica.
- O material para aspiração de secreções deve estar preparado junto do indivíduo. Ou pelo deve estar suficientemente próximo que o seu alcance seja instantâneo em situações de urgência.
- A utilização de sondas de aspiração em circuito fechado é preconizada nos indivíduos infectados e/ou crónicos.
- Aspiração de secreções pode ser efectuada por um ou dois enfermeiros, (de preferência com dois enfermeiros em indivíduos conectados a ventilador).
- A existência de ruídos respiratórios, nomeadamente roncos (ruídos de tonalidade grave, audíveis nos dois tempos respiratórios) sugere estase de secreções em brônquios de grande calibre.
- A existência de sibilos (ruídos de tonalidade aguda e fina, audíveis nos dois tempos respiratórios) sugere obstrução dos pequenos brônquios, quer por secreções, quer por broncoespasmo.
- O aumento da pressão nas vias aéreas pode ser sugestivo de estase de secreções ou obstrução no circuito externo do ventilador.
- O aumento do trabalho respiratório, associado à diminuição da Sat. O<sub>2</sub> no doente ventilado pode ser optimizado pela aspiração de secreções.
- Uma pressão de aspiração excessiva pode dar origem a hipóxia ou traumatismo da mucosa da traqueia.
- A pressão de aspiração não deve ultrapassar:
  - ✔ 60-80 mmHg para crianças com menos de 1 ano
  - ✔ 80-120 mmHg para crianças com idade entre 1 e 8 anos
  - ✔ 120-150 mmHg para os adultos
  - ✔ 80-120 mmHg para adultos com mais de 75 anos
- Antes de cada aspiração deve ser efectuada hiperoxigenação, para prevenir hipoxémia grave, excepto em indivíduos DPOC. Muitas complicações podem ser evitadas hiperventilando o indivíduo e oxigenando-o antes e após a aspiração de secreções.
- A hiperoxigenação pode ser feita utilizando o ressuscitador manual enriquecido com O<sub>2</sub> ou aumentando temporariamente o FiO<sub>2</sub>.
- O tamanho das sondas de aspiração não deve exceder metade do calibre do tubo endotraqueal. Recomenda-se:

CH do tubo endotraqueal	CH da sonda
2,0 – 3,0	04
3,5	05
4,0 – 4,5	06
5,0 – 6,0	08
6,5 – 7,0	10
7,5 – 8,0	12
8,5 – 9,0	14

- A duração de cada aspiração não deve ultrapassar 5 a 15 segundos.
- Aspirações prolongadas, com duração superior a 15 segundos podem provocar hipoxémia, alterações cardíacas e broncoespasmo.
- Para permitir a aspiração do brônquio esquerdo, roda-se a cabeça do indivíduo para o lado direito, alinhando o queixo com o ombro direito. A aspiração do brônquio direito faz-se de forma inversa:



direito

esquerdo

Aspirações desnecessárias e repetidas não só traumatizam o indivíduo como irritam a mucosa e estimulam a produção de secreções, pelo que deve ser feita auscultação dos campos pulmonares para avaliar a necessidade da aspiração.

- Deve introduzir-se a sonda de aspiração no TET até se sentir resistência, recuando-a cerca de 0,5cm, para prevenir traumatismo/úlceras da traqueia.
- É preconizado uma pequena interrupção entre 2 aspirações consecutivas.
- Nos indivíduos com traqueostomia deve introduzir-se cuidadosamente a sonda de aspiração para minimizar o risco de traumatismo, pois o espaço morto das vias aéreas encontra-se diminuído.
- A instilação de cloreto de sódio a 0,9% não deve ser superior a 5cc e não deve ser feita por rotina pois diminui a PaO<sub>2</sub> e aumenta o risco de infecção e atelectasias. Deve ser apenas efectuada quando as secreções são espessas e viscosas ou se se verifica a existência de rolhões de muco e coágulos.
- Se existirem secreções “soltas” no TET, devem aspirar-se antes de se adaptar o ressuscitador manual.
- O sistema de aspiração (incluindo sondas de aspiração em circuito fechado) e o circuito externo do ventilador deve ser substituído:
  - em SOS
  - de 72 em 72 horas
  - diariamente, nos indivíduos imunossuprimidos e imunocomprometidos
- O ventilador deve ser substituído:
  - em SOS
  - de 7 em 7 diasdiariamente, nos indivíduos transplantados, imunossuprimidos e imunocomprometidos

## 6.2 Recursos

- Tabuleiro inox
- Sondas de aspiração ou sondas de aspiração em circuito fechado
- Ampolas de 10 cc de cloreto de sódio a 0,9%
- Seringa de 10 cc
- Luvas plásticas esterilizadas
- Frasco de água destilada estéril com abertura fácil
- Saco para resíduos
- Aspirador de alta pressão
- Tubo de silastic
- Ressuscitador manual conetado a fonte de O<sub>2</sub>
- Estetoscópio
- Material de higiene oral
- Material para colheita de espécimes (se necessário)
- Avental de plástico
- Máscara cirúrgica com viseira ou óculos de proteção
- Monitor eletrocardiográfico



- Sensor de saturação periférica de O2

### 6.3 Procedimento

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
Identificar o indivíduo	Gerir risco e segurança
Validar a prescrição ou quando não prescrita realiza-la sempre que se demonstre necessário.	Gerir risco e segurança
Explicar ao indivíduo todos os procedimentos se consciente e orientado	Tranquilizar o indivíduo Facilitar a colaboração
Proceder à higiene das mãos ou desinfeção com solução de base alcoólica	Prevenir IACS
Avaliar estado hemodinâmico do indivíduo (ECG, PA, FC, FR e PaO2)	Prevenir complicações
Verificar o funcionamento do aspirador	Garantir a segurança do indivíduo
Verificar valores da última gasimetria arterial	Prevenir complicações
Proceder à higiene das mãos ou desinfeção com solução de base alcoólica	Prevenir IACS
Colocar avental de plástico e máscara cirúrgica com viseira ou óculos de proteção	Prevenir IACS
Posicionar o indivíduo corretamente (cabeceira elevada 30° a 45°, se possível)	Facilitar a execução do procedimento Proporcionar conforto Prevenir aspiração do conteúdo gástrico
Auscultar os campos pulmonares bilateralmente	Avaliar necessidade da aspiração
Conectar fonte de O2 ao ressuscitador manual ou aumentar o FiO2 do ventilador	Prevenir hipoxia e mobilizar secreções
Conectar a sonda de aspiração ao tubo de tygon mantendo-a protegida pelo invólucro respetivo e ligar o aspirador	Dar continuidade ao procedimento Prevenir IACS
Desconectar o indivíduo do ventilador	Dar continuidade ao procedimento
Instilar 3 a 5 cc de cloreto de sódio a 0,9% no interior do TET, (0,5 a 1cc nas crianças), se necessário	Fluidificar as secreções

<p>Adaptar o ressuscitador manual (conectado à fonte de O2) à extremidade do tubo ET, procedendo à insuflação.</p> <p>A regulação da pressão de ar a insuflar é feita manualmente no ressuscitador manual.</p>	<p>Manter boa oxigenação</p> <p>Mobilizar as secreções</p>
<p>Adaptar o indivíduo ao ventilador</p>	<p>Manter oxigenação/perfusão</p> <p>Permitir ventilação mecânica</p>
<p>Calçar luva plástica esterilizada na mão dominante</p>	<p>Prevenir IACS</p>
<p>Segurar a sonda com a mão que tem a luva esterilizada</p>	<p>Dar início à aspiração</p>
<p>Desconectar o indivíduo do ventilador</p>	
<p>Introduzir a sonda de aspiração suavemente através do TET, sem ultrapassar o limite do tubo, não forçando se encontrar obstrução. A introdução é feita sem aspirar. A aspiração é feita com movimentos suaves pela mão dominante. Efetuar a aspiração até os campos pulmonares não apresentarem sinais audíveis de secreções, avaliando o estado hemodinâmico A mão não dominante segura o TET.</p>	<p>Prevenir o traumatismo da traqueia e árvore respiratória</p> <p>Prevenir a hipoxémia</p> <p>Permitir a higiene traqueobrônquica eficaz</p>
<p>Retirar suavemente a sonda com movimentos circulares, sob aspiração intermitente, não ultrapassando os 15 segundos.</p>	<p>Remover as secreções</p> <p>Prevenir a hipoxémia</p> <p>Prevenir atelectasias</p>
<p>Adaptar o ressuscitador manual (conectado à fonte de O2) à extremidade do tubo ET, procedendo à sua insuflação. Aspirar uma última vez.</p>	<p>Prevenir hipoxémia</p> <p>Prevenir atelectasias</p>
<p>Conectar o indivíduo ao ventilador com a mão não dominante.</p>	<p>Permitir ventilação mecânica</p>
<p>Inutilizar a luva e a sonda de aspiração enrolando-a na mão dominante e remover a luva pelo avesso para que a sonda fique no seu interior.</p> <p>Limpar o tubo de aspiração. Aspirar no interior do frasco de água destilada com o tubo de tygon e proteger a sua extremidade.</p> <p>Desligar o aspirador</p>	<p>Prevenir IACS</p> <p>Permitir desobstrução do tubo</p> <p>Controlar a contaminação do tubo</p>

Auscultar os campos pulmonares bilateralmente	Avaliar a eficácia da aspiração
Fechar a fonte de O2	Evitar gastos desnecessários Prevenir acidentes
Efetuar higiene oral do Doente	Prevenir IACS Proporcionar conforto
Posicionar o indivíduo ou assisti-lo a posicionar-se	Proporcionar conforto
Remover EPI's	
Proceder à higiene das mãos	Prevenir IACS

NOTA: Se necessário repetir o procedimento, utilizar nova luva esterilizada e nova sonda de aspiração.

Na aspiração de secreções utilizado sondas de aspiração em circuito fechado, as acções descritas nos pontos 8, 12, 13 14,18 e 19 não se realizam.

#### 6.4 Registos

- Procedimento (data, hora, objectivo)
- Características das secreções brônquicas
- Reações do indivíduo
- Pressão Sanguínea, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Saturação Periférica de O<sub>2</sub>, Temperatura corporal, dor e escala da Agitação-sedação
- Características da auscultação pulmonar
- Complicações
- Educação para a saúde

#### 7. Anexos

Não tem.

### CUIDADOS AO INDIVÍDUO PRÉ, DURANTE E PÓS EXTUBAÇÃO

#### 1. Objectivos

- ✔ Definir princípios orientadores da prestação de cuidados ao indivíduo na fase pré, durante e pós extubação
- ✔ Dotar o enfermeiro de competências para a prestação de cuidados a indivíduos
- ✔ Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao indivíduo
- ✔ Prevenir complicações

#### 2. Âmbito

Aplica-se na prestação de cuidados a indivíduos na fase pré, durante e pós extubação

#### 3. Definições

Desmame Ventilatório	O termo desmame refere-se ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permaneceram em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 h.
----------------------	---

#### 4. Referências

- ARNEDO, Jesus M. Navarro [et al.] - Guia práctica de enfermería en el paciente crítico. [Wttp://www.san.gva.es/centros/hgalica/guiaenf/EXTUBACION.html](http://www.san.gva.es/centros/hgalica/guiaenf/EXTUBACION.html)
- BURTON, George G.; HODGKIN, John E.; WARD, Jeffrey J. – Respiratory care. A guide to clinical practice. 4rd ed. Philadelphia: Lippincott. 1997. Xiv, 1156p. ISBN 0-397-55165-7.
- LOUGH, M. E., Stacy, K. M., & URDEN, L. D. (2008). Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção. Loures: Lusodidacta.
- MARCELINO, Paulo et al – **Manual de Ventilação Mecânica no Adulto, Abordagem do doente crítico**. Lisboa: Lucociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 1ª ed, 2009. 256p. ISBN: 978-972-8930-42-4
- MARTINS, Maria Aparecida – Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controle. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 2001. 1116p. ISBN 85-7199-256-8.

#### 5. Responsabilidades

Enfermeiros do CHLO – Hospital de Santa Cruz

#### 6. Descrição

##### 6.1 Orientações Gerais

- É um conjunto de acções que visam a manutenção de uma boa oxigenação e prevenção de complicações respiratórias, durante todo o período de “desmame” ventilatório e extubação do doente.
- Pacientes sob ventilação mecânica sub efeito de terapêutica sedativa, particularmente em infusão contínua, devem se possível ter a sedação guiada por protocolos do Serviço que incluam interrupção diária da infusão ou “desmame” gradual da mesma.
- A terapêutica depressora do centro respiratório tem de ser evitada ao iniciar-se o processo de “desmame” da ventilação mecânica.
- Mesmo que todo o processo de “desmame” decorra sem incidentes, pode acontecer que, ao retirar-se o tubo endotraqueal o doente faça laringoespasma, entre em insuficiência respiratória ou paragem respiratória. Mantenha o carro de urgência e o material de entubação/ventilação operacional.
- São sintomas de exaustão respiratória:
  - ✓ Adejo nasal
  - ✓ Padrão respiratório costal superior
  - ✓ Taquipneia ou bradipneia
  - ✓ Alterações do estado de consciência (excitação e ansiedade ou prostração e sonolência)
  - ✓ Cianose periférica
  - ✓ Sudorese/diaforese
- Hipoxémia, com ou sem hipercapnia é sugestivo de insuficiência respiratória.
- Taquicardia e taquipneia são sinais sugestivos de insuficiência respiratória (hipóxia) pois correspondem a uma resposta compensadora à situação de insuficiência respiratória.
- A avaliação para iniciar processo de “desmame” deve ser baseada primariamente na evidência de melhora clínica, oxigenação adequada e estabilidade hemodinâmica. Para se considerar o início do processo de desmame é necessário que o doente se encontre consciente, que a situação clínica que causou ou contribuiu para a necessidade de ventilação invasiva se encontre em resolução, ou já resolvida. O paciente deve apresentar-se com estabilidade hemodinâmica, expressa por boa perfusão tecidual, independência de vasopressores (doses baixas e em “desmame” são toleráveis). Ausência de insuficiência cardíaca descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica. Além disto, deverá ter adequada troca gasosa ( $PaO_2 \geq 60$  mmHg com  $FIO_2 \leq 0,4$  e  $PEEP \leq 5$  a  $8$  cmH<sub>2</sub>O) e ser capaz de iniciar e manter os esforços necessários à ventilação espontânea.
- Nos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), caquexia ou obesidade, o risco de complicações respiratórias após a extubação é maior, assim como é mais difícil o “desmame” do ventilador.
- Quando o “desmame” é efectuado com o doente desligado do ventilador deve avaliar-se FR, FC e PA de 15 em 15 minutos, vigiando também a amplitude respiratória e o nível de consciência do doente.
- A alimentação deve ser interrompida 4 horas antes da extubação endotraqueal e reiniciada, com alimentos líquidos, 4 a 6 horas após (quando a função glótica está retomada).

- Extubar o doente (após aspiração de secreções), sob pressão positiva para que o primeiro movimento do doente seja de expiração (com expulsão de secreções) e não de inspiração (com aspiração de secreções e risco de espasmo), para prevenir a formação de atelectasias, principalmente em pediatria.
- Complicações da extubação:
  - ✔✔ Rouquidão
  - ✔✔ Edema laríngeo
  - ✔✔ Laringoespasmo
  - ✔✔ Estridor
  - ✔✔ Paralisia das cordas vocais
  - ✔✔ Estenose da glote
  - ✔✔ Formação granulomatosa

## 6.2 Recursos

### ✔✔ NA FASE PRÉ EXTUBAÇÃO

- Estetoscópio
- Material para aspiração de secreções (ver norma)
- Material para gasimetria arterial (ver norma)
- Monitorização eletrocardiográfica
- Sensor de saturação periférica de O<sub>2</sub>
- Tubo em T (quando o “desmame” é efectuado com o doente desligado do ventilador)

### ✔✔ NA FASE DE EXTUBAÇÃO

- Carro de urgência ou material para reintubação endotraqueal/ventilação mecânica (ver norma)
- Seringa de 10cc
- Material para aspiração de secreções (ver norma)
- Monitorização eletrocardiográfica
- Sensor de saturação periférica de O<sub>2</sub>

### ✔✔ NA FASE PÓS EXTUBAÇÃO

- Máscara facial, cateter nasal ou similar
- Estetoscópio
- Material para aspiração de secreções (ver norma)
- Material para gasimetria arterial (ver norma)
- Material para nebulização (ver norma)
- Sensor de saturação periférica de O<sub>2</sub>

## 4.1 Procedimento

### 6.3.1-Na fase pré extubação

ACÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
Identificar o indivíduo	Gerir risco e segurança
Validar a prescrição	Gerir risco e segurança
Explicar ao indivíduo todos os procedimentos	Tranquilizar o indivíduo Facilitar a colaboração
Proceder à higiene das mãos	Prevenir IACS
Alinhar o doente em decúbito dorsal	Facilita o procedimento, facilita o uso dos músculos acessórios da ventilação
Auscultar os campos pulmonares, pré e pós aspiração de secreções	Despistar hipersecreção brônquica, estase ou hipoventilação
Verificar correto funcionamento da monitorização eletrocardiográfica e da avaliação de saturação periférica de O2	Permitir a avaliação contínua eletrocardiográfica e da saturação periférica de O2
Efetuar colheita para gasimetria arterial 15 minutos após alteração dos parâmetros do ventilador	Obter valores de referência Prevenir complicações
Aspirar secreções, se necessário (ver norma)	Manter a permeabilidade das vias aéreas Prevenir aspiração de secreções para a árvore brônquica
Colocar o doente em posição de semi-Fowler ou Fowler, se a sua situação o permitir	Facilitar o trabalho do diafragma e a expansão pulmonar Obter uma boa oxigenação
Fazer higiene oral e nasal, se necessário	Proporcionar conforto
Assegurar a recolha do material	Prevenir contaminação
Proceder à higiene das mãos	Prevenir IACS

### 6.3.2-Na fase de extubação

ACÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
-------	--------------

Identificar o indivíduo	Gerir risco e segurança
Validar a prescrição	Gerir risco e segurança
Explicar ao indivíduo todos os procedimentos	Tranquilizar o indivíduo Facilitar a colaboração
Proceder à higiene das mãos	Prevenir IACS
Manter o doente em posição de semi-Fowler ou Fowler, se a sua situação o permitir	Facilitar o trabalho do diafragma e a expansão pulmonar
Colocar o carro de urgência em local de fácil acesso	Prevenir complicações
Manter o ventilador operacional, junto do doente e em “controlado” com os parâmetros adequados ao doente	Prevenir complicações Gerir risco e segurança
Aspirar secreções imediatamente antes da extubação (ver norma)	Manter a permeabilidade das vias aéreas Prevenir complicações
Desinsuflar o “cuff” do tubo endotraqueal	Evitar traumatismos
Retirar a fixação do tubo endotraqueal	Dar continuidade ao procedimento
Retirar o tubo endotraqueal num único movimento e durante a inspiração	Dar continuidade ao procedimento, promover a libertação de secreções
Aspirar fossas nasais e orofaringe utilizando nova sonda de aspiração	Facilitar a remoção de secreções Prevenir infecção
Estimular a comunicação verbal	Diminuir a ansiedade e melhorar colaboração
Colocar máscara de oxigénio ou similar a 4l/m, excepto se existir outra indicação	Manter boa oxigenação
Auscultar os campos pulmonares	Despistar hipersecreção brônquica, estase e/ou hipoventilação
Avaliar FR, PaO <sub>2</sub> , FC, PA, Ritmo cardíaco, amplitude respiratória, estado de consciência e coloração da pele e mucosas	Prevenir complicações
Avaliar reação do doente e questionar se tem dor	Promover conforto
Proceder á higiene das mãos	Prevenir IACS



### 6.3.3 Na fase pós extubação

ACÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
Explicar ao indivíduo todos os procedimentos	Tranquilizar o indivíduo Facilitar a colaboração
Proceder à higiene das mãos	Prevenir IACS
Manter o doente em posição de semi-Fowler ou Fowler, se a sua situação o permitir	Facilitar o trabalho do diafragma e a expansão pulmonar
Adequar o ambiente	Diminuir a ansiedade Respeitar a privacidade
Manter o doente acordado estimulando a comunicação verbal e a respiração pausada e ampla	Manter boa oxigenação Prevenir complicações
Estimular a tosse fazendo contenção de sutura (se existir)	Facilitar a drenagem de secreções Manter boa oxigenação Diminuir a dor
Avaliar FR, PaO <sub>2</sub> , FC, PA, amplitude respiratória, estado de consciência e coloração da pele e mucosas, 15 minutos após extubação e de 30 em 30 minutos nas primeiras 2 horas	Detectar precocemente sinais e sintomas sugestivos de dificuldade respiratória
Proceder à higiene das mãos	Prevenir IACS
Efetuar colheita para gasimetria arterial	Prevenir complicações
Assegurar a recolha do material	Prevenir contaminação
Proceder à higiene das mãos	Prevenir IACS

### 6.4 Registos

- Procedimento (data, hora, objectivo)
- Características das secreções
- Reações do indivíduo

- Pressão Sanguínea, Ritmo cardíaco, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Saturação Periférica de O<sub>2</sub>, Temperatura corporal e dor
- Estado e coloração da pele e mucosas
- Características da auscultação pulmonar
- Valores das gasimetrias
- Aporte de O<sub>2</sub> suplementar
- Complicações
- Educação para a saúde
- Atmosfera húmida (data, hora, frequência), se for necessária
- Cinesioterapia respiratória

## **7. Anexos**

Não tem.





**Apêndice VIII**  
**(Modelo de Registo Informático de**  
**Formação Frequentada pelos**  
**Enfermeiros)**



Registo de Formação dos Enfermeiros

<b>FORMAÇÃO</b>  Nome do Enfermeiro  Nº Mecanográfico	<b>Designação da Formação</b>	Data da Formação	Formadora/ Formanda	Nome da Identidade Promotora	Nº de Horas de Formação





**Apêndice IX**  
**(Norma - Colectectomia)**



## PROCEDIMENTO

Documento  
nº  
Versão nº 1  
Data: 13-12-2015

Aprovado:

Data de Aprovação:

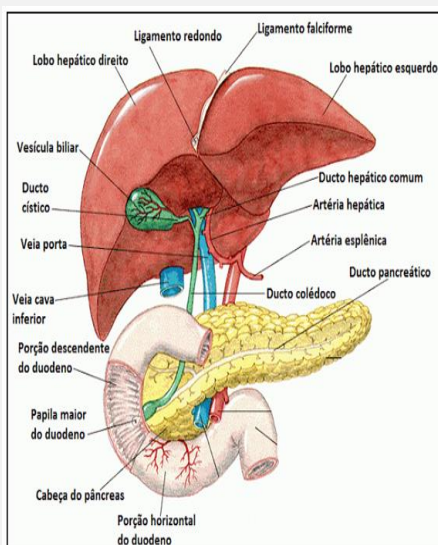
### TÍTULO: COLECISTECTOMIA

**ÂMBITO:** Aplica-se na prestação de cuidados a indivíduos submetidos a colecistectomia.

**RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:** Enfermeiros do Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar Tondela Viseu – Hospital de S. Teotónio.

### FUNDAMENTO(S):

#### Estruturas Hepáticas



De ora avante designamos por estruturas hepáticas o fígado, a vesícula biliar e as vias biliares.

A vesícula biliar é um órgão do sistema digestivo que armazena a bilis no intervalo das refeições e, nessa altura, liberta-a para o intestino delgado para ajudar a digerir os alimentos.

As vias biliares são pequenos tubos de drenagem que transportam a bilis (uma mistura de colesterol, ácidos, sais e produtos residuais) do fígado para a vesícula biliar e desta para o duodeno.

A vesícula biliar quando afetada de forma irreversível por doença aguda ou crónica dá lugar à sua remoção cirúrgica.

## Colecistectomia

Procedimento cirúrgico invasivo que consiste na remoção da vesícula biliar.

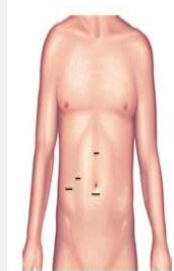
A colecistectomia realiza-se na presença de inflamação (colecistite) aguda ou crónica ou na presença de cálculos (coletíase), por pólipos da vesícula biliar, por neoplasias, por disfuncionalidade vesicular sintomática, como parte de outros procedimentos cirúrgicos como por exemplo: anastomoses bileo-digestivas, duodenopancreatectomia.

A colecistectomia pode ser realizada por via convencional/tradicional e por videolaparoscopia. A selecção do tipo de procedimento para realização da colecistectomia no doente depende do diagnóstico e da condição clínica do doente.

## Via laparoscópica

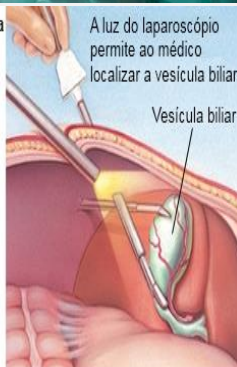


Colecistectomia laparoscópica

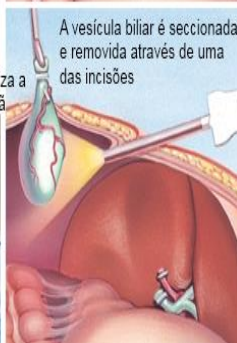


Pequenas incisões para introduzir os instrumentos laparoscópicos

O médico visualiza a cirurgia num ecrã



A luz do laparoscópio permite ao médico localizar a vesícula biliar



A colecistectomia por via laparoscópicas (CL) consiste na remoção cirúrgica da vesícula com auxílio de meios diagnósticos de vídeo imagem (videolaparoscopia). A videolaparoscopia é uma técnica de acesso com vídeo camera à cavidade abdominal através de pequenas incisões.

A colecistectomia por via laparoscópicas (CL) tem-se tornado a intervenção cirúrgica standard para doentes com patologia benigna da vesícula biliar.

A experiência com esta intervenção cirúrgica tem crescido, e, apesar das reservas iniciais, as colecistectomias laparoscópicas têm sido cada vez mais uma prática corrente.

As vantagens da CL em relação à convencional são várias: baixo índice de complicações pós operatórias (menor invasão da parede abdominal, melhor resultado estético, menos dor e menor risco de infeção pós-operatórias), menor duração do internamento hospitalar, convalescença e retorno à actividade diária habitual mais rápidos. A diminuição dos custos hospitalares e a redução das listas de espera podem igualmente decorrer da prática da CL.

As contra-indicações para a intervenção por via laparoscópica são muito poucas e incluem a coagulopatia descontrolada, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), ou a insuficiência cardíaca (ICC) grave. Os Utentes com os referidos antecedentes pessoais podem eventualmente não tolerar o “pneumoperitoneu idiopático” causado a nível abdominal no decurso da intervenção cirúrgica. Nos doentes com suspeita de cálculos ductais é comum realizar um CPRE preliminar como avaliação diagnóstica antes de se partir para a cirurgia.

### Via convencional (CC)



As indicações para a Colecistectomia convencional (CC) ficaram restritas aos casos em que há suspeita de neoplasia da vesícula, nas situações de existência de pólipos que pela sua dimensão (maiores que 10-15 mm) se prevê de antemão que tornem a cirurgia mais complexa, nos doentes que apresentam situações de múltiplas aderências peritoneais devido a cirurgias anteriores. Durante uma cirurgia por via laparoscópica se o cirurgião for incapaz de identificar as estruturas anatómicas ou na vigência de complicações operatórias pode ocorrer a conversão de CVL para CC.

### OBJETIVO(S):

- ✔ Definir princípios orientadores da prestação de cuidados ao indivíduo submetido a colecistectomia uniformizando práticas
- ✔ Dotar o enfermeiro de competências para a prestação de cuidados a indivíduos submetidos a colecistectomia
- ✔ Prevenir complicações associadas ao procedimento

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

#### **Cirurgia por via convencional (CC)**

- I. A fase inicial de qualquer cirurgia consiste na admissão do doente no BO. Nesta fase é feita a colheita de dados é feita pela observação e pela entrevista ao doente e ao enfermeiro que o acompanha. E engloba os seguintes aspetos: o nome, a escala de Glasgow, a patologia do doente bem como os restantes antecedentes pessoais relevantes, a pré medicação e alergias;
- II. Deve ser realizada a ficha de Verificação de Cirurgia Segura (Anexo I) já com todos os elementos necessários na Sala de Operações;
- III. O enfermeiro instrumentista deve ter reunido em Sala de Operação o material indispensável à cirurgia nomeadamente:

<b>Caixa de Instrumental Abdominal</b>	<b>20 Compressas</b>
<b>3 Campos de Gase</b>	<b>Bisturi elétrico Monopolar</b>
<b>Lamina 20</b>	<b>Aspirador</b>
<b>Fios de Sutura</b>	<b>Máquina de Agrafos</b>

<b>2/0 com agulha redonda Monoplus 0 agulha redonda</b>	
<b>Soro Fisiológico</b>	<b>Pensos</b>

- IV. A cavidade abdominal é aberta por meio de uma incisão subcostal direta ou na porção superior da linha média;
- V. A hemostasia dos vasos capilares é conseguida com electrocoagulação. Os vasos maiores são clampeados com pinças de hemostáticas e amarrados com fio de sutura;
- VI. Os retratores e as compressas de laparotomia são aplicadas enquanto a cavidade abdominal é cuidadosamente examinada;
- VII. O ducto comum é palpado para a evidência de cálculos sendo determinadas as condições patológicas.
- VIII. Os retratores de Harrington, Deaver ou automáticos, como um retrator manual superior ou de Gómez, são aplicados para proporcionar a exposição interna. As pinças teciduais longas e a sucção são empregadas para manipular os tecidos. Os órgãos adjacentes são isolados da região da vesícula biliar por compressas de laparotomia humedecidas e retratores profundos;
- IX. Para facilitar a tração suave, em geral as pinças de Pean são colocadas sobre o corpo da vesícula biliar;
- X. A prega peritoneal suprajacente a junção dos ductos cístico e comum é incisada com um cabo de bisturi nº7 e uma lamina nº15, tesoura de Metznbbaum longa e pinça. A sucção é realizada sempre que necessário e os pontos hemorrágicos são pinçados e ligados ou eletrocoagulados;
- XI. As aderências são separadas por dissecação sega com pequenas esponjas dissetoras secas e arredondadas, compressas em prendedores e pinças de angulo reto cegas;
- XII. A dissecação prossegue até expor o colo da vesícula biliar, a artéria cística e o ducto cístico. A tração lateral sobre o colo da vesícula biliar permite a incisão do peritoneu suprajacente ao triangulo da Calot;
- XIII. A dissecação prossegue para expor a artéria cística até a ponto de entrada na parede da vesícula biliar;
- XIV. Após exposição completa e visualização dos ramos, a artéria cística é ligada duplamente com fio de seda e pinçada com grampos de ligação e dividida;
- XV. No caso de a artéria cística apresentar mais do que um ramo cada um é ligado e dividido em separado. As anormalidades da anatomia arterial e ductal são comuns, o que exige do cirurgião e do Assistente cuidado meticuloso na identificação das estruturas anatómicas;
- XVI. A junção do ducto cístico com o ducto biliar comum é visualizada, o ducto cístico identificado e dissecado cuidadosamente para baixo até à junção com o ducto hepático;
- XVII. Os cálculos que existam no ducto cístico são “mujidos” de volta para a vesícula biliar e é colocado um cadarço em redor da porção próximal do ducto cístico;

- XVIII. Quando o cirurgião decide ser necessário realizar uma colangiografia é neste momento que o faz (Anexo II – Procedimento de Colangiografia Intra-operatória). Se a colangiografia não for realizada, o ducto cístico é ligado duplamente e dividido;
- XIX. A vesícula biliar é então dissecada do leito hepático explorando para cima e até ao fundo e removida;
- XX. Quando a anatomia não pode ser claramente identificada, a exploração do fundo para baixo até ao colo da vesícula biliar pode ser necessária para facilitar a identificação da anatomia ductal e vascular.
- XXI. Todo o sangramento é controlado; a “reperitonização” do leito hepático, quando indicada, é feita com suturas intestinais absorvíveis finas, contínuas ou interrompidas;
- XXII. Um dreno de sucção fechado, eventualmente pode ser inserido próximo ao coto do ducto cístico. A extremidade livre do dreno é exteriorizada por meio de uma incisão na parede abdominal lateral;
- XXIII. A ferida é fechada em camadas e feito o penso do local de incisão.

#### **Cirurgia por via laparoscópica (CL)**

- A. A fase inicial de qualquer cirurgia consiste na admissão do doente no BO. Nesta fase é feita a colheita de dados é feita pela observação e pela entrevista ao doente e ao enfermeiro que o acompanha. E engloba os seguintes aspetos: o nome, a escala de Glasgow, a patologia do doente bem como os restantes antecedentes pessoais relevantes, a pré medicação e alergias;
- B. Deve ser realizada a ficha de Verificação de Cirurgia Segura (Anexo I) já com todos os elementos necessários na Sala de Operação;
- C. O enfermeiro instrumentista deve ter reunido em Sala de Operação o material indispensável à cirurgia nomeadamente:

<b>Ótica de 0° ou de 30°</b>	<b>Dois trocartes e bainhas de 5 mm descartáveis</b>
<b>Dois trocartes e bainhas de 10 mm descartáveis</b>	<b>Cabo de bisturi nº 3 com uma lâmina nº15</b>
<b>Uma caixa de Instrumental de Laparoscopia/Tecido Moles</b>	<b>Uma caixa de Instrumental Laparoscópico</b> Pinça Babcock e espátulas Tesoura Laparoscópica Pinça Grasp Pinça dissector Pinça Clinch Pinça de Clips Cabo elétrico monopolar Tubo de CO2

<b>Agulha de Insuflação oca especial (Verres) com bainha de corte retrátil</b>	<b>Seringa de 10 cc com Soro Fisiológico</b>
<b>Consola de Videolaparoscopia:</b> Monitor Gravador Impressora Fonte Luminosa Equipamento de insuflação de CO2 com filtro bidireccional e botija de CO2	<b>Cabo de Fundo de Luz</b>
<b>Sistema de Aspiração descartável</b>	<b>Endobag</b>
<b>Dispositivo de sucção e dispositivo de irrigação</b>	<b>Aplicadores de grampos/ hemolooks</b>
<b>Agulha de Anzol (monoplus 0)</b>	<b>Máquina de Agrafos descartável</b>
<b>Pensos</b>	<b>Unidade de eletrocirurgia</b>

- D. Posicionar o doente em decúbito dorsal com medidas de conforto, imobilização e prevenção de Ulceras de Pressão necessárias;
- E. Introduzir Cateter Fogarty para descompressão da bexiga e uma sonda Nasogástrica para descompressão do estomago, em seguida o doente é colocado em posição de Trendlenburg invertida 10° a 20°;
- F. A *técnica de Hassan* pode ser escolhida pelo Cirurgião com técnica aberta, no sentido de se proceder à insuflação da cavidade peritoneal necessária à intervenção cirúrgica. Neste caso uma pequena incisão é feita imediatamente acima do umbigo para aceder à cavidade peritoneal. É inserida uma cânula com extremidade romba (Hasson) com uma manga vedada por gás e, em seguida, ocorre a insuflação. Esta conduta é especialmente utilizada em doentes já submetidos a uma incisão abdominal prévia próxima ao umbigo ou naqueles que apresentam o potencial para aderências intraperitoniais. (Ocasionalmente a técnica de Hasson pode também envolver o uso de suturas dispostas em ambos os lados da manga para fixar e manter a manga em posição);
- G. Na técnica fechada, uma agulha de insuflação oca especial (Verres) com bainha de corte retrátil é inserida na cavidade peritoneal por uma incisão supra-umbilical e é usada para a insuflação. O CO2 é o gás de eleição para insuflação e é insuflado a 1-2 litros/min. Como se difunde para a corrente sanguínea do paciente durante a laparoscopia se o procedimento se prolongar muito tempo os níveis elevados de CO2 podem contribuir para a acidose do doente. A mensuração da pressão intra abdominal pode mostrar-se útil para o Cirurgião na avaliação da posição apropriada da agulha de Verres. Normalmente é entre 8-10 mmHg. Quando o medidor de pressão indica um valor elevado eventualmente a agulha pode estar num espaço fechado, como o tecido adiposo, estar inserida no omento ou na luz do intestino. A enfermeira circulante pode colocar a unidade de insuflação até uma



pressão intra-abdominal máxima de 15 mmHg, assim quando atingir este valor de pressão o fluxo cessará. Consiste numa avaliação importante dado que um valor superior pode resultar em bradicardia ou em alteração da pressão arterial durante o procedimento operatório;

- H. O Cirurgião realiza uma pequena incisão cutânea peri-umbilical, na região superior ao mesmo;
- I. O “pneunoperitoneu” ocorre em duas opções. A primeira opção consiste em colocar uma agulha de Verres por via percutânea através do umbigo dentro da cavidade peritoneal e a insuflação com gás CO<sub>2</sub> antes da introdução do trocarte. Quando 3 a 4 litros de gás foram infundidos e o abdome está arredondado, a agulha de insuflação é removida e o trocarte é inserido. A segunda técnica requer que o Cirurgião segure a pele abdominal e a puxe para cima, à medida que o trocarte e a bainha são inseridos através do umbigo em um ângulo, de modo a evitar a punção visceral. Em seguida o equipamento de insuflação é acoplado na manga, e a insuflação começa como na técnica de Hasson.
- J. Um trocater de 11mm é inserido através da incisão supra-umbilical, sendo esta a porta umbilical;
- K. O laparoscópio com vídeo camara acoplada é inserido através da porta umbilical e a cavidade peritoneal é examinada pelo Cirurgião. O doente é reposicionado de acordo com a indicação do Cirurgião e geralmente é colocado na posição de Trendelenburg invertida a 30°; e inclinado ligeiramente para a esquerda;
- L. Três trocates adicionais são inseridos na cavidade peritoneal sob visualização direta de visão laparoscópica. O Cirurgião pode ainda colocar um segundo trocater de 11mm em posição subxifoide, e dois trocates de 5 mm posicionados no nível subcostal no quadrante superior direito, nas linhas clavicular média e axilar anterior;
- M. São colocadas pinças de preensão rombas através da porta de 5mm;
- N. A vesícula biliar é retraída no sentido cefálico, é elevado o rebordo inferior do fígado expondo a vesícula biliar e o ducto cístico. A porta medial de 5 mm é usada para segurar o infundíbulo, retraindo-o lateralmente e expondo o triângulo;
- O. Se o cirurgião assim o considerara necessário pode realizar uma colangiografia intra-operatória (ANEXO II) através da incisão do ducto cístico na sua superfície anterior e passando o cateter da colangiografia dentro do ducto. Após a conclusão da colangiografia dois grampos são aplicados no sentido distal sobre o ducto cístico e ele é dividido;
- P. Posteriormente a artéria cística é identificada e dissecada livremente, os hemoclips são aplicados e a artéria é dividida. Além dos grampos o Cirurgião pode eventualmente utilizar uma alça de fio de sutura pré-amarrado.
- Q. Nesta fase o objetivo é a divisão da vesícula do fígado através da eletrocirurgia. A vesícula é retraída e manipulada para colocação dos instrumentos que permitam que as inserções medial e distal sejam dissecadas através da eletrocirurgia e posteriormente a vesícula é dissecada do leito hepático. É extremamente importante que o Cirurgião consiga manter a vesícula biliar íntegra durante a preensão e disseção por forma a impedir que a bile ou os cálculos extravasem;

- R. Em seguida, a vesícula biliar é removida através da porta supra-umbilical. Uma Endobag ou acesso similar de contenção da amostra pode ser utilizado para segurar a vesícula biliar para extração ou a vesícula pode ser trazida para o exterior através da incisão umbilical. Quando se trata de uma vesícula biliar muito grande, o colo é trazido acima da superfície da incisão. As pinças de Kelly são aplicadas, e a bile é aspirada para fora da vesícula biliar para a descompressão.
- S. A cavidade peritoneal é descomprimida. As incisões são fechadas e aplicados agrafos/fio de sutura. São efectuados os respetivos pensos.

### **Registos**

Uma etapa importante de qualquer procedimento cirúrgico, independentemente da abordagem usada, engloba a realização de Registos referentes ao mesmo. Os registos do procedimento cirúrgico podem ser feitos faseadamente e sempre que oportuno durante a intervenção cirúrgica e ultimados apenas no término desta.

O registo é feito em folha própria de Registo de Enfermagem, folha de Anestesiologista, ou no Modelo nº604 e deve contemplar:

- Procedimento (data, hora)
- Apresentação do Doente à chegada do BO
- Tipo de Anestesia e ASA associado
- Intercorrências / Complicações detetadas no intraoperatório
- Terapêutica administrada durante o procedimento
- Nível e calibre do tubo endotraqueal
- Parâmetros vitais durante o intraoperatório (Pressão Sanguínea, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Saturação Periférica de O<sub>2</sub>, Temperatura corporal e dor)
- Reações do indivíduo ao “acordar anestésico”
- Valores de gasometria arterial
- Estado e coloração da pele e mucosas

### **MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO:**

Monitorização avaliação procedimento operatório

- A monitorização de procedimentos no BO realizados pelo Enfermeiro engloba toda a componente de competências teórico-práticas que servem de base à nossa acção.
- A monitorização dos procedimentos é feita pela verificação “em loco” de práticas corretas.

Procedimento	Justificação
<p>O enfermeiro da Sala dirige-se à zona de entrada da mesma e dá continuidade ao correto acolhimento do Doente proveniente do transfer/sala de controlo.</p>	<p>Aumenta a tranquilidade do Doente.            Diminui o medo/ansiedade pré-operatória do Doente.            Permite uma colheita de dados mais assertiva em conformidade com o Colega que acolhe o Doente no transfer.</p>
<p>O enfermeiro instrumentista em colaboração com o circulante reúne todo o material necessário à intervenção cirúrgica.</p>	<p>Diminui a perda de tempo cirúrgico e risco de infeção operatória.</p>
<p>O enfermeiro anestesista em conjunto com o circulante procede à monitorização eletrocardiográfica, de Tensão Arterial e de oximetria de pulso do Doente.            Procedem igualmente ao correto posicionamento do Doente, tendo sempre em conta as zonas de pressão e de risco de desenvolvimento de Ulceras de Decúbito.</p>	<p>A monitorização correta do Doente é procedimento standard para a Cirurgia Segura.            O correto posicionamento do Doente facilita o procedimento cirúrgico.</p>
<p>O enfermeiro circulante garante que se encontram na Sala apenas as pessoas necessárias ao Procedimento cirúrgico.</p>	<p>Diminuição de risco de infeção operatória</p>
<p>O enfermeiro circulante garante que a Sala se encontra com portas fechadas, temperatura, luminosidade e humidade corretas.</p>	<p>Diminuição de risco de complicações pós-operatórias</p>
<p>O enfermeiro circulante procede à verificação e preenchimento da Lista de Verificação da Cirurgia Segura (Anexo I).</p>	<p>Contribuir para a Segurança do Doente</p>
<p>O instrumentista garante o correto e atempado fornecimento de material da mesa cirúrgica ao Cirurgião.</p>	<p>Diminui perdas de tempo cirúrgico e risco de infeção</p>
<p>O enfermeiro anestesista colabora com o Anestesista “à cabeça do Doente” em todas as fases do</p>	

procedimento de entubação, anestesia e manutenção anestésica do Doente.	
O enfermeiro instrumentista em conjunto com o circulante procedem nos momentos designados à contagem de compressas, cortantes e perfurantes.	A contagem de material cirurgico é procedimento standard para a Cirurgia Segura
O enfermeiro Circulante procede às etapas últimas da Lista de Verificação da Cirurgia Segura.	
O enfermeiro circulante procede ao correto armazenamento e rotulagem de produtos biológicos provenientes da cirurgia.	O correto armazenamento e rotulagem dos produtos biológicos aumenta a acurácia diagnóstica.
O enfermeiro anestesista colabora com o anestesista no “acordar pós cirúrgico” do Doente, mantendo a monitorização do Doente. O enfermeiro circulante procede ao “ re posicionamento” do Doente e à cobertura do Doente por forma a evitar risco de hipotermia.	Contribui para a estabilização do doente segundo a sequencia ABCDE: (Airway) – Vias aéreas permeáveis;  B – (Breathing) – Respiração e capacidade de ventilação autónoma;  C – (Circulation) – Circulação com controle de hemorragia;  D – (Disability) – Exame neurológico sumário;  E – (Exposure) – Exposição com controle da hipotermia.
O enfermeiro circulante, enfermeiro anestesista e o Anestesista recolhem informação necessária do procedimento, transportam o doente ao Recobro e “passam o doente” ao colega que se encontra destacado neste setor.	A informação partilhada é fundamental para a continuidade de Cuidados no Intra-operatório. O transporte do Doente deve ocorrer sem grandes sobressaltos e com a máxima de vigilância possível.

## ANEXOS

### Anexo I – Lista de Verificação de Cirurgia Segura

## Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

### Antes da Indução da Anestesia (Sign in)

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)



### Antes da incisão da pele (Time out)

**O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?**

Sim

**O local está marcado?**

Sim Não aplicável

**A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?**

Sim **O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento**

Não

Sim

**O doente possui:**

**Alergia conhecida?**

Não

Sim

**Via aérea difícil ou risco de aspiração?**

**Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções**

**Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão**

**A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?**

Sim

Não aplicável

**A profilaxia tromboembólica foi administrada?**

Sim

Não aplicável

**Antecipação de eventos críticos**

**O cirurgião enuncia em voz alta**

Quais são os passos críticos ou fora da rotina

O tempo planeado para o caso

Qual a perda de sangue prevista

**O Anestesista enuncia em voz alta**

Há alguma preocupação específica com o doente?

**A equipa de enfermagem enuncia em voz alta**

A esterilização (incluindo os indicadores) foi

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)



### Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)

**O enfermeiro confirma verbalmente**

O nome do procedimento

As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes

A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)

Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

**O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam**

Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/ necessidades do doente

### **Colangiografia Intra-Operatória**

Procedimento Intra operatório que pode eventualmente cursar com a colecistectomia aberta ou por via laparoscópica.

É uma técnica de diagnóstico por imagem, com opacificação da árvore biliar, executada pelo cirurgião e complementar da cirurgia biliar, que permite uma visão da disposição anatómica das vias biliares, das suas dimensões, da sua dinâmica, da eventual existência de anomalias ou de conteúdos anómalos e da localização dos mesmos.

É requisito obrigatório a presença de equipamento de imagem que permita “fluoroscopia”, com a visão em movimento das várias etapas da sua execução.

Os equipamentos mais indicados para este efeito são os “intensificadores de imagem” que não só permitem a visualização com o movimento em ecrã vídeo, mas também a gravação de todo ou parte do exame em formato vídeo ou, hoje mais frequentemente, em formato digital, permitindo também a obtenção de imagens fixas, em película ou por impressão. Não há indicação atual para os exames serem efetuados com equipamento de RX que permita apenas a obtenção de imagens fixas em película, conseguidas de forma “cega”.

Os movimentos conjugados do intensificador de imagem e da marquesa operatória vão permitir melhorar a visão da área que se quer estudar.

É particularmente importante a enfermeira já ter obtido informação prévia acerca das alergias do Doente, nomeadamente no que se refere ao contraste radiológico.

**Material e equipamento necessário:**

Intensificador de imagem

Contraste lipossolúvel

Soro fisiológico

Seringas de 20 ou 50 cc.

Torneiras de 3 vias

Sistemas de prolongamento para conexão das seringas (e torneira de 3 vias) à agulha ou material de punção

Agulha, catéter ou outro dispositivo de punção

Material para fixação do dispositivo de punção à via biliar (fio de sutura, clips ou pinça de colangiografia)

**PREPARAÇÃO DO SISTEMA DE INJEÇÃO DO CONTRASTE**

Encher duas seringas com 20 cc., uma de contraste diluído a 25%, outra de soro.

Ligá-las a dois dos ramos da torneira de 3 vias e ligar um prolongamento de sistema ao outro ramo. Ligar a extremidade do prolongamento à agulha de Colangiografia.

Expurgar todo o sistema, não deixando que fique ar em algum dos componentes. Com a torneira de 3 vias, fechar o conjunto.

**PREPARAÇÃO DA ZONA DE TRABALHO OPERATÓRIA**

Identificar o cístico, após dissecação do triângulo de Calot.

Colocar o cístico sob tensão moderada por tracção efetuada por uma pinça colocada junto à vesícula e que oblitera o seu lume, após dissecação cuidada em alguns milímetros de extensão.

Eventualmente, colocação de pequena compressa um pouco abaixo da zona de trabalho para absorver a bÍlis, pequenos cálculos ou “lamas” que venham a sair do cístico.

Pequena incisão na parede anterior do cístico, efectuada com tesoura delicada ou com lâmina de bisturi.

Observação das características do conteúdo que sai do cístico.

No caso de não haver saída imediata de bÍlis, pode-se “massajar” um pouco o canal cístico, na direcção da vesícula para, eventualmente, expulsar pequenos cálculos ou lamas que tenham sido movimentados pelo catéter.

No caso da cirurgia laparoscópica:

Baixar um pouco a pressão de CO2 (para cerca de 8 a 10 mm.Hg).

Escolher, por pressão digital na parede abdominal, qual o local mais apropriado para a punção da parede (o ponto que permita uma abordagem o mais “em linha” possível com o cístico).

Colocação da extremidade do cateter de Colangiografia dentro do cístico, dirigida por outra pinça (no caso da cirurgia laparoscópica, colocada através do trocarer subcostal), através da incisão efectuada e progressão da mesma. Os movimentos feitos em relação ao canal cístico deverão procurar “verticalizá-lo” e o cateter deverá, previamente, ter sido expurgado de ar. Se se tiver decidido fixar a pinça com fio, este deve ser passado em redor do cístico, sem atar, antes da introdução do cateter (no caso de cirurgia laparoscópica).

Fixar o cateter ao cístico (por clip não completamente encerrado – o mais aconselhado em cirurgia laparoscópica), ou atando um fio em redor do cístico, fixando o cateter sem o fazer colapsar. Puxar o cateter com cuidado até a sua zona de fixação (em geral, um ponto pouco afastado da extremidade, com maior diâmetro que o restante).

Aspirar um pouco através de todo o cateter que contem o contraste diluído.

Iniciar a injeção devagar observando a progressão do contraste e avaliando se a diluição é correcta (se permite uma boa visualização, sem opacificar demasiado eventualmente “escondendo” defeitos de preenchimento).

Continuar a injectar, sempre pouco volume de cada vez e com pouca pressão.

Controlar todo o exame pela visão e usar a mobilidade do intensificador para se fazer observações em vários planos.

Verificar a integridade da anatomia, a sua disposição, a não existência de defeitos de preenchimento e a passagem franca do contraste para o duodeno.

No caso de haver passagem franca do contraste para o duodeno (papila “complacente”) poderá ser necessário, com uma pinça “atraumática” (ou com a mão em cirurgia aberta),



obliterar o lume da VBP abaixo da inserção do cístico, com objetivo de se obter visualização da árvore biliar superior.

No caso oposto, de não passagem de contraste para o duodeno, pode-se estar em presença de uma situação de espasmo fisiológico da papila de Vater e a utilização de nitrito de amilo ou de Glucagon®, aliviará o referido espasmo permitindo a passagem do contraste, não havendo obstáculo de outro tipo.

Terminado o exame, aspirar o contraste até começar novamente a ser biliar o aspirado, rodar a torneira e fazer uma lavagem suave com soro fisiológico pela outra seringa.

Tirar o clip ou cortar o fio e retirar a agulha.

Clipar ou laquear o cístico acima e abaixo da incisão efectuada (no caso de não se efectuar mais nenhuma abordagem por esse ponto – exploração transcística da via biliar).

Retirar a compressa eventualmente colocada.

Prosseguir a cirurgia.

O exame é considerado “Positivo”, com indicação para exploração da Via Biliar Principal se:

A VBP tem um diâmetro superior a 12 mm.

Se encontram defeitos de preenchimento interpretáveis como cálculos ou outros que não sejam bolhas de ar (erro técnico na execução do exame).

Não há visualização da porção terminal da Via Biliar Principal.

Não se observa a passagem de contraste para o duodeno.

**LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:**

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. (2003) - Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica. 6ª edição. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-65-7;

Rothrock, Jane C. (2008) – ALEXANDER Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirurgico. 13ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-07-9;

Fowler, P. H., Craig, J., & Damal, U. (Janeiro de 2008). Perioperative Workflow: Barriers to Efficiency, Risks, and Satisfaction. *AORN Journal vol.87 nº1* , pp. 187-208.

Elaborado por:	Revisto por:
----------------	--------------

**Apêndice XI**  
**(Práticas Recomendadas...**  
**AESOP 2013)**