



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA, 7ª ed.

**A ASSISTÊNCIA INTRA - HOSPITALAR NA VIA VERDE DO ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

Anabela Correia Santarém Moreira

Viseu, julho de 2021



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA, 7ª ed.

A ASSISTÊNCIA INTRA - HOSPITALAR NA VIA VERDE DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Anabela Correia Santarém Moreira

**Relatório Final de estágio em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados
Intensivos**

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Olivério Ribeiro e
Professor Adjunto Convidado Mauro Mota

Viseu, julho de 2021

“Toda reforma interior e toda mudança para melhor dependem exclusivamente da aplicação do nosso próprio esforço”

Kant

AGRADECIMENTOS

Aproveito este momento para agradecer a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a ultrapassar este desafio.

Ao Fernando pelo apoio incondicional, carinho, tolerância, ajuda e pela compreensão nas minhas ausências. Sem ti, esta caminhada não teria sido possível.

Ao Ricardo e Bruno que foram a minha luz para continuar a batalhar e seguir em frente; obrigada pela ajuda e pelo vosso afeto.

Aos meus pais pela compreensão e por estarem sempre presentes na minha vida.

Às minhas amigas, que foram parceiras nesta caminhada. Obrigada pelo companheirismo e força que sempre me transmitiram. Sem vós, tudo teria sido muito mais difícil.

Ao Professor Olivério Ribeiro pela orientação, disponibilidade e apoio.

Ao Professor Mauro Mota por todos os conselhos, toda a compreensão, paciência e incentivo.

Resumo

O presente Relatório de Estágio de cariz profissional (Parte I e II), surge no âmbito do Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica e do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, com o propósito de relatar e evidenciar através de uma análise reflexiva, competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas ao longo dos dois ensinamentos clínicos propostos. A realização dos estágios assumiu-se como o passo determinante num percurso de aquisição de competências e pretendeu reunir os vários contributos das restantes unidades curriculares que constituem o plano de estudos e integrá-los na prática diária dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica.

No seio das competências desenvolvidas, destaco as seguintes: mobilização de sólidos padrões de conhecimento para a práxis clínica; prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente; promoção da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família; consciência crítica dos problemas atuais da disciplina; seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; competências de reflexão e autoaprendizagem.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morbilidade a nível global. A evidência demonstra que a prestação de cuidados de saúde no AVC isquémico de forma organizada, com base em indicadores clínicos e alicerçada nas recomendações científicas, tem impacto clínico positivo no prognóstico do doente.

Desta forma, torna-se importante avaliar os diferentes procedimentos de atuação nos doentes incluídos no protocolo da Via Verde do AVC do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB) com o intuito de melhorar os cuidados clínicos a prestar e esses doentes.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-cirúrgica; Cuidados críticos; Competência; Acidente Vascular Cerebral

Abstract

This professional internship report (Part I and II), arises within the scope of the Post-Graduate Specialization Course in medical-surgical Nursing and Master`s degree in Medical-surgical Nursing of the school: “Escola Superior de Saúde de Viseu”, with the purpose to describe and show, through a reflective analysis, the common skills of a specialized nurse, and the specific skills of a specialized nurse in the medical-surgical field within the area of nursing a person in critical conditions, developed throughout the two suggested clinical trials. Going through the internship revealed itself to be a determining step to acquire skills and intended to gather contributions from the remaining curricular units that form the Study Plan and integrating them in the daily practice of specialized nursing care of a person in critical conditions.

Among the skills I developed, I highlight the following: mobilization of solid standards of clinical practice knowledge, supply of nursing care to a person in an emergency, improvement in the quality of care to the person in critical condition and the respective family, critic awareness of the subject`s current problems, selection of relevant information sources that contribute to the process of decision making, and self-learning and reflective skills.

Cerebrovascular Accident (CVA) is the main cause of morbidities at a global scale. Evidence shows that organized care in cases of ischemic stroke has positive clinical impact in the patient`s prognosis, according to clinical indicators and reinforced by scientific recommendations.

Thus, it becomes relevant to evaluate different acting procedures in patients included in the “Via Verde do AVC” protocol of the “Centro Hospitalar Cova da Beira” (CHUCB) with the purpose of improving clinical care to those patients.

KEY-WORDS: Medical-Surgical Nursing; Critical Care; Competency; Acute Cerebrovascular Accident

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de abreviaturas e siglas	
Lista de Símbolos	
Introdução	19
Parte I – Estágio de Urgência	23
1 – Competências adquiridas e evidências das atividades realizadas	25
1.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	26
1.1.1- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	26
1.1.2- Domínio da Gestão da Qualidade	28
1.1.3- Domínio da Gestão dos Cuidados	31
1.1.4- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	33
1.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista	34
1.2.1- Avaliação por Competências	43
Parte II – Estágio de Cuidados Intensivos	49
2- Competências adquiridas e evidências das atividades realizadas	51
2.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	52
2.1.1– Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	52
2.1.2- Domínio da Gestão da Qualidade	53
2.1.3- Domínio da Gestão dos Cuidados	54
2.1.4- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	55
2.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista	56
2.2.1- Avaliação por Competências	72
Parte III – Investigação	79
Introdução	85
3 - Fase Metodológica	87
4 – Resultados	91
5 – Discussão	97
Conclusão	101
Referências bibliográficas	103
Considerações Finais	107
Referências Bibliográficas	111

Apêndices

Apêndice I – Poster com tabela da dose de Alteplase	121
Apêndice II – Poster Escala de Cincinnati	123
Apêndice III – Critérios de inclusão/exclusão para a fibrinólise no AVC isquêmico agudo	125
Apêndice IV - Instrumento de Recolha de Dados	127
Anexos	
Anexo I – Webinar – “Emergência do extra-hospitalar para o intra-hospitalar”	131
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética	133

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1	Distribuição das variáveis sociodemográficas e NIHSS	91
Tabela 2	Distribuição das variáveis clínicas em função do tipo de AVC	93
Tabela 3	Estatísticas relativas às horas, porta médico, porta TAC, porta agulha e hora de realização dos exames laboratoriais	94
Tabela 4	Relação das variáveis sociodemográficas e clínicas em função das horas assistenciais	95

Lista de abreviaturas e siglas

APRV - Ventilação com Pressão Positiva Bifásica

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BiPAP - Bi-level positive airway

BO – Bloco Operatório

BPS – Behavioral Pain Scale

CHUCB - Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira

CMEMC – Curso de Mestrado em enfermagem Médico Cirúrgica

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

CPLEEMC – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

CVC – Cateter Venoso Central

DC – Débito Cardíaco

DFEM – Departamento Formação Emergência Médica

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Ensino Clínico

ECG - Eletrocardiograma

ECG – Escala Coma Glasgow

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Proteção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

HDFVVC - Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

HPA – Hora Porta-Agulha

HPM – Hora Porta-Médico

HPT – Hora Porta-TAC

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPPV - Ventilação por Pressão Positiva Intermitente

LA – Linha Arterial
MS - Ministério da Saúde
NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale
NPE - Nutrição Parentérica
OE - Ordem dos Enfermeiros
PA – Pressão Arterial
PAD – Pressão Arterial Diastólica
PAM – Pressão Arterial Média
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador
PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PIA – Pressão Intra abdominal
PNS – Plano Nacional de Saúde
PRVC - Pressão Regulada com Volume Controlado
PVC – Pressão Venosa Central
SAV - Suporte Avançado de Vida
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço Urgência Básico
SUG – Serviço Urgência Geral
SUMC – Serviço Urgência Médico-cirúrgico
SUP – Serviço Urgência Polivalente
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TCE – Traumatismo cranioencefálico
TM – Triagem de Manchester
TOT – Tubo Oro traqueal
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VNI - Ventilação Não Invasiva

Lista de Símbolos

> - Maior que

>= - Maior ou igual a

< - Menor que

% - Percentagem

Introdução

O presente relatório de estágio com componente de investigação insere-se na proposta metodológica do processo ensino/aprendizagem preconizado no 8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (CPLEEMC) e no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEEMC) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Em contexto de urgência/Emergência e Em Contexto de Cuidados Intensivos. Este está estruturado para promover o desenvolvimento de diversas competências específicas: cognitivas, instrumentais e interpessoais, respeitantes à intervenção à pessoa/família em situação crítica (ESSV, 2020). A sua conclusão e respetiva defesa em prova pública visa a obtenção do grau de mestre, bem como obtenção do título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

No percurso da aquisição de competências, foi proposta a utilização de uma metodologia de projeto, com implementação em contexto de estágio. A realização do estágio assumiu-se como o último passo neste percurso e pretendia reunir os vários contributos das restantes unidades curriculares que constituem o plano de estudos e integrá-los na prática diária dos cuidados de enfermagem especializados (ESSV,2020).

Segundo Pacheco (2009) o relatório apresenta-se como um documento de caráter informativo e reflexivo, que descreve o resultado do processo de aprendizagem, através da exposição de acontecimentos ou atividades realizadas num determinado período temporal, e respetiva análise conclusiva.

A formação contínua em enfermagem sempre consciente dos contextos e mudanças da sociedade atual tem-se preocupado em valorizar a aprendizagem experiencial e incutir o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos, sólidos e vinculados, de forma a cimentar e valorizar a prática de enfermagem (Carneiro,2020).

O Enfermeiro especialista é um enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem na área da sua especialidade (Ministério da Saúde [MS], 1996). É designado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como (...)” o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico

de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011a, p.8648).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018a), os cuidados especializados de Enfermagem Médico-cirúrgica têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, exigindo dos profissionais a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção, que deem respostas as necessidades, cada vez mais exigentes, da população alvo dos cuidados. Com o surgimento de técnicas mais avançadas, surge também uma maior longevidade da população alvo, o que acarreta um maior desafio na prestação de cuidados.

Esta Unidade Curricular é subdividida em dois momentos objeto de avaliação: o estágio em Contexto de Urgência e Emergência e o estágio em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos. Ambos decorreram no CHUCB, não só pela proximidade, mas também porque vivemos momentos únicos de grandes condicionalismos impostos às pessoas e instituições fruto da crise pandémica que estamos a atravessar.

O CHUCB é um hospital público-privado, integrado na rede de diferenciação hospitalar do Sistema Nacional de Saúde (SNS), enquanto prestador de cuidados de saúde diferenciados, que tem como missão prestar cuidados de saúde com eficiência, qualidade, em tempo útil e a custos socialmente comportáveis, à população da sua área de influência, e a todos os cidadãos em geral, nomeadamente dos concelhos do Fundão, Belmonte e Covilhã (www.chcbeira.pt).

O Manual de Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências (ACSS,2015, p.1) refere que o serviço de urgência (SU) tem por “objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar”.

As unidades de cuidados intensivos são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (MS, 2003, p.6).

Portanto “A formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades. Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento” (OE, 2018b, p.2).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, deve possuir competências específicas para que o seu conhecimento seja ainda mais aprofundado na sua área de atuação, nomeadamente: Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à Ação; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas (OE, 2011b).

O estágio nestas duas áreas de cuidados à pessoa em situação crítica permitiu-me desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas na área de especialização e aprimorar um juízo crítico fundamentado em evidências; uma vez que para desenvolver uma qualquer competência, as experiências devem ser acompanhadas por um processo reflexivo onde se deve associar a prática dos cuidados de enfermagem, ao pensamento crítico e à evidência científica.

O relatório em questão foi elaborado tendo por base uma metodologia descritiva, exploratória e reflexiva, e tem como principal finalidade o desenvolvimento de competências profissionais que permitam intervir no âmbito da prestação de cuidados especializados e do desenvolvimento das aprendizagens de acordo com as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica (OE, 2018c). Segui e debrucei – me em vários documentos emanados pela OE, pela Direção Geral de Saúde (DGS), bem como de mais bibliografia para sustentar a minha prática e fundamentar teoricamente o relatório.

Desta forma, os objetivos do presente relatório são: uma exposição clara e objetiva das atividades desenvolvidas; efetuar uma análise reflexiva e crítica das atividades desenvolvidas e competências adquiridas nas diferentes componentes de desenvolvimento cognitivo, relacional e afetivo; o desenvolvimento de um trabalho de investigação que futuramente possa contribuir para ganhos em saúde para os utentes vítimas de AVC isquémico. Este encontra-se dividido em três partes essenciais. A primeira e segunda parte dizem respeito, ao estágio desenvolvido no serviço de Urgência/Emergência e em Unidade de Cuidados Intensivos, onde constam as análises e reflexões das competências adquiridas e desenvolvidas, apresentando-se fundamentadas conjuntamente e de acordo com o seu domínio; a terceira parte contempla o trabalho de investigação, sobre a assistência intra-hospitalar na Via Verde do AVC no Serviço de Urgência (SU) do CHUCB. Por último, surge a conclusão onde será feita uma reflexão sobre o percurso delineado e concretizado através do estágio, limitações e principais dificuldades encontradas.

Como enfermeira, uma temática que sempre me suscitou muito interesse, ao longo da minha experiência profissional com doentes em situação crítica, e que serviu de motivação para a minha investigação, foi a assistência ao doente com AVC.

As doenças cerebrovasculares são uma problemática atual da saúde pública, atingindo, independentemente do seu grau de desenvolvimento, todos os países de forma semelhante, estando associadas às primeiras causas de morte e incapacidade (DGS, 2017a).

Os enfermeiros que prestam cuidados no SU são os profissionais que podem marcar a diferença no atendimento da pessoa com sintomatologia sugestiva de AVC (Pereira, Guedes, Oliveira & Martins, 2017).

Um dos objetivos desta investigação é que os resultados da mesma, possam contribuir para medidas conducentes á melhoria dos cuidados aos doentes vítima de AVC no serviço de Urgência do CHUCB.

Parte I – Estágio no Serviço de Urgência

1 – Competências adquiridas e evidências das atividades realizadas

Para realizar o estágio no SU foi selecionado um Serviço Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC). É o segundo nível de acolhimento nas situações de urgência, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básico (SUB) e referenciando para Serviço de Urgência Polivalente (SUP) situações, que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. Este serviço deve dispor de vários recursos, nomeadamente humanos: equipas médicas, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência (MS, 2014).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 o conceito de urgência e emergência médica está definido no despacho 18459/2006 como qualquer situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (MS, 2006).

Este estágio decorreu no SU do CHUCB no período compreendido entre 07 de dezembro de 2020 e 19 de fevereiro de 2021, num total 180 horas, distribuído por 9 semanas. Este permitiu-me desenvolver competências na prestação de cuidados na valência de urgência e emergência.

O SU localiza-se no piso 1 do CHUCB, junto da Urgência Obstétrica e Ginecológica. Neste momento encontra-se setorizado em Urgência Geral e Urgência Respiratória, pela época pandémica que se atravessa, para onde são encaminhados os doentes que apresentem sinais e sintomas característicos de patologia respiratória. O serviço em questão foi inaugurado, no dia de abertura do CHUCB, a 17/01/2000, e desde então até agora tem englobado um conjunto diversificado de profissionais de saúde com experiência profissional na área, o que se tem cimentado com anos de experiência, formação e desenvolvimento pessoal de cada elemento. Trata-se de um serviço multidisciplinar e multiprofissional, que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de Urgência e Emergência Médicas (CHCB, 2013a), e que funciona 24 horas por dia como urgência geral polivalente de adultos, e entre as 00h e as 8h, engloba também

doentes pediátricos, prestando cuidados de saúde a todos os que a ele recorrem. Articula a sua atividade com as unidades de urgência obstétrica e ginecológica e da de urgência pediátrica durante a noite.

Tem como objetivo basilar, em toda a sua atividade, promover a eficiência na utilização dos recursos e assumir o compromisso de uma atualização técnica permanente. Propõe-se ainda oferecer oportunidades para o desenvolvimento de atividades de investigação científica, assim como colaborar no ensino pré e pós-graduado (www.chcbeira.pt).

Ao longo deste estágio foi necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos na parte teórica deste curso e baseei a minha praxis clínica especializada em evidência científica.

1.1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O perfil das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) definidas pela Ordem dos Enfermeiros encontra-se plasmado ao longo do Regulamento no 140/2019, estabelecendo desta forma o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. As competências comuns encontram-se estruturadas através de domínios de competências, nomeadamente: o domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Estes serão abordados no capítulo que se segue, através de uma crítica reflexiva das atividades realizadas durante o ensino clínico (EC) com vista ao desenvolvimento de competências.

1.1.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

- A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- A2 – Desenvolve práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O Código Deontológico do Enfermeiro está descrito no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. No referido código, no artigo 99º dos

princípios gerais é referido que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro com respeito pelos valores universais (OE, 2015a). Da mesma forma o código deontológico orienta a profissão de enfermagem para a preservação do bem-estar do doente e para a satisfação não só das suas necessidades, como também das suas expectativas, salientando o respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital (OE, 2015a).

Durante minha prestação de cuidados no SU tive sempre em atenção o código deontológico tendo em conta a responsabilidade profissional que se encontra agregada à minha prestação de cuidados. Enalteci o respeito e a entreajuda na equipa multidisciplinar honrando as normas éticas e deontológicas. Demonstrei interesse, iniciativa, disponibilidade e, sempre que necessário, e no caso de haver um doente crítico ou uma situação proporcionadora de uma nova aprendizagem, deslocava-me para essa área de prestação de cuidados para ajudar os outros elementos da equipa.

Procurei sempre desenvolver uma prática profissional segura e ética no meu campo de estágio respeitadora dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais, pautando toda a abordagem ao doente/família em função da preservação dos direitos humanos e do código deontológico da enfermagem. Respeitei os direitos do doente no acesso à informação sobre o seu estado de saúde (à informação, à confidencialidade e à privacidade) os seus valores, costumes, crenças espirituais e culturais.

No decorrer do EC procurei respeitar a privacidade dos doentes a quem prestei cuidados, respeitando a sua intimidade, informando sobre procedimentos que iria realizar, explicando que os poderia aceitar ou recusar, porém, procurando sempre obter o seu consentimento e esclarecendo dúvidas sempre que assim solicitavam.

Para mim, uma das maiores dificuldades constituiu-se em realizar procedimentos a doentes dispostos em macas no corredor. Estes são maioritariamente locais de passagem obrigatória para utentes, profissionais e constituem acesso a diferentes zonas, bem como locais de espera e de permanência de macas. Neste sentido, desenvolvi estratégias que me permitiram promover o respeito pela privacidade dos doentes, nomeadamente, proceder à utilização de biombos durante a prestação de cuidados ou a sua realização em espaços fechados, gerir a permanência de doentes agitados no corredor (recorrendo a espaços mais calmos de modo a promover a tranquilização) e restringir o número de indivíduos nos corredores.

De referir que colaborei de forma efetiva na tomada de decisão em equipa, nomeadamente em casos de PCR, que se decidiu não reanimar, devido ao historial clínico do doente, suportando sempre a minha decisão em princípios e valores deontológicos.

Neste momento, a problemática da família e acompanhantes é descurada, não por intenção dos profissionais, mas sim pela reorganização interna do próprio serviço, o que causa constrangimento à pessoa doente, à família e mesmo ao enfermeiro, pois tem que gerir comportamentos de stress e ansiedade. Tudo tem a ver com o período pandémico que atravessamos, onde todos os acompanhantes e/ou familiares viram negado o direito de acompanhar os seus doentes.

1.1.2– Domínio da Gestão da Qualidade

- B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2 – Colabora em programas de melhoria contínua de qualidade;
- B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

De acordo com o Regulamento no 361/2015 os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em pessoa em situação crítica são “uma base de trabalho da qual emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica” com a finalidade de basear e orientar a prática especializada do Enfermeiro Especialista num conjunto de intervenções altamente qualificadas face “à diversidade das problemáticas de saúde cada vez mais complexas e, por outro lado, uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde” (OE, 2015b, p. 17241).

De forma a garantir a segurança e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a nível organizacional existe no CHUCB o Gabinete de Gestão da Qualidade que tem como missão apoiar a coordenação e articulação dos vários sistemas de gestão da qualidade; promover o desenvolvimento da melhoria contínua tendo em vista os cuidados prestados aos doentes; produzir, formar e divulgar a informação sobre qualidade aos colaboradores e promover o controlo da qualidade. Além de tudo responsabiliza-se por implementar uma cultura de qualidade orientada para o utente que assente num espírito de equipa e de cooperação entre todos os colaboradores numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (www.chcbeira.pt)

A gestão da qualidade em saúde tem como princípio a prestação de cuidados ao indivíduo/família/comunidade, com qualidade, de forma confiável, segura e acessível, em tempo oportuno, ao menor custo possível. Para Mendes e Ponce (2015, p.542), os indicadores de qualidade são ferramentas de rastreio importantes, e têm como objetivo “(...)

identificar áreas em que a atividade assistencial pode melhorar com vista à obtenção dos resultados desejados.”. Acrescentam ainda que, ” (...) Cuidados de qualidade deverão ser seguros, eficazes, centrados no doente, eficientes, no tempo certo e equitativos (...)”.

Assegurar a identificação segura dos doentes foi no dia a dia uma preocupação, uma vez que um descuido inicial iria acarretar um conjunto de erros que no final poderiam pôr em risco a vida do doente. A identificação do mesmo é feita pela colocação de pulseira de identificação, mas apesar disso sempre tive o cuidado de identificar o doente pelo nome, assegurando-me da sua identidade correta.

Outra medida de segurança importante para o doente, feita no ato da triagem pelo enfermeiro triador, é assinalar reações alérgicas a medicamentos, colocando um triângulo lilás na pulseira do doente. Posteriormente esta alergia é registada no SCLÍNICO®. Tive sempre o cuidado de indagar neste sentido e procedi em conformidade.

A transmissão de informação sobre os cuidados deve basear-se numa comunicação eficaz e inequívoca para segurança do doente, reduzindo o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, devendo obedecer à técnica ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes de Saúde, Avaliação e Recomendações) (DGS, 2017b). A transmissão de informação entre os profissionais de saúde deve ser precisa, completa, sem ambiguidade, atempada para que o recetor compreenda devidamente a mensagem. Deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados. Sempre que foi necessário, fiz essa referenciação com a realização de ensino ao doente/acompanhante e envio de carta de enfermagem para permitir a continuidade da prestação de cuidados, quando estes são transferidos para outras unidades de saúde segundo o Procedimento Interno do (CHCB,2020a).

Também com o objetivo de evitar ou minimizar o erro na administração de terapêutica, o SU possui um sistema de controlo e segurança de medicação – Pyxis – de modo a controlar a medicação utilizada e fornecer informação diretamente ao serviço de farmácia relativamente ao stock existente no serviço. Toda a medicação se encontra fechada e apenas acessível mediante código, sendo uma enorme vantagem num serviço que possui um ambiente controlado, mas com risco de erro, pelo contacto com os mais variados tipos de medicação.

No que respeita à administração de terapêutica, foram aplicados os princípios de segurança na sua administração. Esta segurança e eficiência implicam o conhecimento da ação do medicamento, vias de administração e eliminação, reações colaterais, efeitos

tóxicos e o cumprimento dos “cinco certos” (medicamento certo, paciente certo, dose certa, via de administração certa e horário certo) conforme o guia (CHCB,2016a).

No SU, nomeadamente na área respiratória, assisti frequentemente a situações em que os recursos humanos e materiais foram escassos perante a imensa afluência de doentes, sendo estes fatores propícios ao erro terapêutico.

Segundo o Regulamento no 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros “A dotação adequada de enfermeiros (...) são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações (...)” (OE, 2014, p.30247).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 publicado a 10 de fevereiro de 2015, “as quedas representam um grave problema de saúde pública sendo uma das principais causas de internamento hospitalar. A literatura internacional refere que as quedas são a causa subjacente de cerca de 10 a 15% de todos os episódios que ocorrem aos serviços de urgência.” (MS, 2015, p. 3882). A avaliação do risco de queda e a implementação de intervenções adequadas a cada doente (como a colocação de grades nas macas/camas) contribui para a redução significativa da ocorrência de danos decorrentes de quedas. Atuação esta que esteve de acordo com o Procedimento Interno do serviço (CHCB,2018).

Em relação à prevenção da ocorrência de úlceras de pressão, foram instituídas estratégias, para dentro do possível diminuir ou mesmo anular o risco a que cada utente está exposto. De referir que se trata na maioria de doentes idosos, emagrecidos e com patologia que incrementam esta situação. Tentei ao máximo otimizar o posicionamento em macas e muitas vezes sem qualquer adjuvante disponível.

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos foi prioridade minha, não só porque é uma temática de grande importância, mas também porque atuar em consonância com as boas práticas preconizadas para o controlo e prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) garante a segurança do doente. Irei abordar esta temática mais pormenorizadamente mais á frente neste relatório.

No decorrer do estágio, a análise crítica das práticas observadas no serviço, revelam, há muito, algumas fragilidades/situações problema ao nível da organização e funcionamento do serviço e da prática técnico/científica da enfermagem Médico-cirúrgica. Uma das grandes dificuldades sentidas durante o estágio prende-se com o número reduzido de equipamentos de monitorização na área Médica, que por ser uma das áreas de grande afluência de doentes críticos, condiciona em larga escala a assistência e o trabalho dos profissionais que se veem diariamente confrontados com este problema. Os profissionais

vêm-se obrigados a partilhar estes recursos pelos doentes existentes, pondo em causa a segurança dos mesmos. A solução, que deixei em aberto com a enfermeira chefe, passa pela aquisição de mais equipamentos.

Outra deficiência verificada prende-se com a estrutura física da área de Medicina Interna que é inapropriada, assim como toda a zona da triagem da urgência respiratória. Trata-se de áreas com grande afluência de doentes e geralmente superlotadas de doentes em macas ou cadeiras de rodas, o que condiciona o trabalho dos profissionais de saúde. A sua estrutura física não favorece a vigilância dos doentes, a privacidade e a segurança dos mesmos. Dificulta o cumprimento das normas de prevenção e controlo da infeção preconizadas pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Proteção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (GCLPPCIRA). Neste período de pandemia, onde se preconiza a distância social, nem sempre isso é possível. Este problema seria resolvido pela reorganização da estrutura arquitetónica do local, o que por motivos orçamentais neste momento não é exequível. No entanto, têm-se desenvolvido esforços no sentido de minimizar este problema, com a colocação de cortinas no sentido de garantir alguma barreira física entre os doentes.

Ao longo do estágio, não constituiu apenas preocupação pela proteção do doente/família em termos físicos, mas também em termos psicossociais, culturais e espirituais. Neste sentido respeitou-se a identidade cultural dos doentes bem como as suas necessidades espirituais, procurando garantir que fossem satisfeitas, garantindo de igual modo a segurança dos seus pertences, realizando espólios de acordo com as normas do serviço (CHCB,2019).

1.1.3– Domínio da Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No domínio desta competência, espera-se que o EE realize uma gestão de cuidados adequada, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com equipa multiprofissional, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. No decorrer do EC, tive oportunidade de desenvolver momentos de efetiva aprendizagem com o enfermeiro responsável do serviço e enfermeiros responsáveis de turno, nomeadamente no

que se refere à gestão de recursos humanos e materiais, assessoria aos enfermeiros e equipa, colaborando na tomada de decisão e apresentando soluções eficazes para resolução de eventuais obstáculos decorrentes do processo de cuidar.

A Ordem dos Enfermeiros (2018d) defende e especifica que a gestão de cuidados integra as competências do enfermeiro especialista. Este gere os cuidados, otimiza a resposta da equipa de enfermagem para além de adotar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. De facto, a necessidade de conciliar a qualidade na prestação de cuidados com a otimização de recursos, deve constituir uma preocupação de todos os profissionais, sendo que a um aumento de gastos, nem sempre corresponde um aumento de qualidade dos cuidados. Cada vez mais o enfermeiro assume um papel importante na gestão dos recursos dos serviços de saúde, tendo como preocupação prestar cuidados de qualidade ao doente/família/comunidade em tempo oportuno e ao menor custo possível.

No SU, procedi à realização diária de inventário e reposição de stock de fármacos; organização de armazéns avançados de material clínico e não clínico; realização de requisições devidamente justificadas quanto à manutenção e acondicionamento de equipamentos do serviço; planificação de distribuição diária dos enfermeiros nas diversas áreas; pedidos de alimentação para os doentes; verificação das check-list de material, em cada área do serviço, e a respetiva reposição de stocks.

A eficácia da gestão no SU deve ser a mais adequada de forma a garantir que as equipas ofereçam o melhor atendimento possível aos doentes mesmo durante os eventos raros de emergência. O ambiente num SU pode variar de ordenado até à complexidade e ao caos e em seguida, voltar novamente à ordem dentro de um período muito curto de tempo o que implica a adaptação constante de todos os profissionais, pelo que uma das mais importantes atividades de liderança e gestão é ajudar as equipas a gerir o desafio da mudança (Bebiano et al, 2016).

Neste âmbito, procedi, juntamente com o meu orientador, à adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades de cada doente visando o melhor desempenho possível obtendo mais ganhos em saúde face ao menor dano.

Verifiquei que os rácios enfermeiros/doentes na urgência respiratória não cumprem as dotações seguras, ficando em risco a prestação de cuidados ao doente, uma vez que 2 enfermeiros são um número reduzido para assegurar todas as áreas de prestação de cuidados no turno da noite. De referir que, quando existe uma reanimação, muitas das vezes a sala de medicina pode ficar menos supervisionada e já houve muitas vezes a necessidade de pedir apoio à urgência geral. Tal fato já foi relatado às chefias superiores pela equipa em geral, sendo a opção recorrer-se, pontualmente, a trabalho extraordinário. É

de realçar o trabalho, a dedicação e interajuda entre os colegas, pois consegue-se prestar cuidados individualizados ao doente muitas vezes com as dotações abaixo do preconizado.

Referir que também os conteúdos lecionados na unidade curricular de Gestão em Enfermagem foram um contributo importante para a aquisição das competências em causa.

1.1.4-Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens

Profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos

Para existir um processo de desenvolvimento é necessário existir também uma avaliação das capacidades e competências do enfermeiro, bem como a identificação dos seus pontos fortes e fracos. Procurei em cada EC desenvolver as competências propostas no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais segundo o Regulamento no 140/2019 o enfermeiro deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2019).

Neste domínio de competências comuns do EE, o mesmo deverá ser capaz de desenvolver o autoconhecimento de forma proactiva baseada em padrões altamente qualificados. Nos objetivos pessoais delineados em cada projeto de aprendizagem para cada ensino clínico, identifiquei a necessidade de conhecer os aspetos relacionados com a componente formativa das unidades onde tive oportunidade de desenvolver competências.

O facto de exercer funções neste serviço fez com que me sentisse mais familiarizada com certos procedimentos. Porém, em determinadas situações de carácter urgente, desenvolvi estratégias que me auxiliaram na resposta rápida e eficaz face à complexidade inerente ao doente crítico.

Procurei neste EC adquirir conhecimentos avançados e qualificados quanto à prestação de cuidados ao doente crítico, aliado a uma boa capacidade de observação, capacidade de reação rápida e eficaz face ao fator surpresa, à escassez de material, procurando priorizar e analisar rapidamente a situação e atuar com segurança.

A pesquisa bibliográfica realizada e o estudo de algumas temáticas contribuíram também para a formação pessoal, permitindo lembrar/assimilar conhecimentos, esclarecer dúvidas e enriquecer a aprendizagem resultante deste estágio.

Neste âmbito foi elaborado por mim um poster que contem as dosagens de Alteplase a administrar no doente vítima de AVC isquémico (Apêndice I); um poster sobre a escala de Cincinnati (Apêndice II). Assisti a uma formação sobre um novo interface utilizado na ventilação mecânica não invasiva (VNI) chamado Helmet (Capacete de Oxigenação e alta pressão) comprovativo ainda não disponibilizado pelo serviço de formação; e assisti ao Webinar – “Emergência do extra-hospitalar para o intra-hospitalar” (AnexoI).

Perante o que foi apresentado considero ter adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista.

1.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

A pessoa em situação crítica exige cuidados específicos, contínuos e especializados, sendo necessário adquirir competências específicas. Estas competências são a base da formação especializada em enfermagem (OE, 2018c). De acordo com o Guia Orientador de Estágio (ESSV,2020) as competências específicas que adquiri ao longo deste período de aprendizagem foram:

E1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como de doença crónica e/ou paliativa

Apesar do SU do CHUCB ser o serviço onde exerço a minha atividade profissional, de prestar cuidados á pessoa em situação crítica, neste EC desenvolvi competências específicas em Enfermagem em urgência/emergência e que me permitiram intervir no âmbito da prestação de cuidados especializados com responsabilidade ética e legal; desenvolvimento das aprendizagens de acordo com as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e nas especificidades das competências na área do cuidado á pessoa em situação crítica, falência orgânica; nas situações de catástrofe ou emergência multi- vítima; na prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados e prestação de cuidados de enfermagem especializados á pessoa em situação crítica (OE, 2018c).

Ao longo das 9 semanas de EC foram prestados cuidados de enfermagem especializados em todas as áreas de assistência do Serviço de Urgência Geral (SUG), nomeadamente: área de Triagem de Prioridades, área de Triagem Médica, área Médica,

área de Especialidades Cirúrgicas, Sala de Reanimação/Emergência assim como na Urgência Respiratória e como enfermeiro de apoio/suplementar integrei-me na equipa do SU para aquisição e desenvolvimento de competências de intervenção especializada à pessoa em situação crítica (médio e alto risco).

A população que recorre ao SUG do CHUCB provém do domicílio ou estruturas de apoio para idosos, nomeadamente lares; com menos frequência vêm doentes para as especialidades quer provenientes de centros de saúde quer da consulta aberta do Fundão assim como de outras unidades hospitalares.

As patologias que mais surgem neste serviço são as cardio-respiratórias (Dispneia, Dor Torácica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC); Insuficiência Cardíaca descompensada, Insuficiência Renal Aguda na especialidade médica; Pancreatite, Traumatismo Craneo-encefálico (TCE), Fraturas, Lesões cutâneas, como queimaduras, nas especialidades cirúrgicas/ ortopédicas, e diversas outras situações que exigem atuação e prestação de cuidados de saúde, mais urgentes/emergentes ou não.

O método de prestação de cuidados utilizado pela equipa de enfermagem deste serviço é o método individual de trabalho, baseado no conceito de cuidados de saúde globais e que implicam a afetação de um enfermeiro a um ou mais doentes e no qual esse enfermeiro é responsável e presta a totalidade dos cuidados aos doentes que lhe foram destinados, consoante as necessidades diagnosticadas.

Esta distribuição vai de encontro ao definido no Manual de Standards – Unidades de Urgência e Emergência (DGS, 2016) onde indica que a distribuição profissional deve ser feita numa definição e atribuição de responsabilidades por cada posto de trabalho como instrumento de apoio indispensável para um melhor e mais eficiente desenvolvimento das funções e atividades dos profissionais. Apesar de ser o método de trabalho vigente no serviço em determinadas situações verifica-se interajuda na prestação de cuidados. Posso afirmar que prestei cuidados em todas as áreas deste serviço: triagem de prioridades, medicina geral e familiar, medicina interna, ortopedia, urologia, sala de reanimação e urgência respiratória.

Os cuidados de enfermagem exigem observação e colheita sistematizada de dados com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa em situação crítica, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente em tempo útil.

O acolhimento é a primeira abordagem ao doente no serviço de urgência são efetuados na zona da Triagem de Manchester (TM). Trata-se de um processo de tomada de decisão para organizar por prioridades os clientes com base na gravidade clínica que

apresentam, sem dúvida, é uma área de grande responsabilidade para o enfermeiro. O método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas (Grupo Português de Triagem, 2018). De referir que a triagem é um processo de muita responsabilidade realizado por enfermeiros competentes, com formação certificada.

Em concordância com a gravidade da situação clínica, a pessoa, após a triagem pode ser localizada diretamente para os balcões de especialidade na área Médica ou Cirúrgica. Neste caso, falamos de prioridades “urgentes” ou “muito urgentes” embora algumas situações “muito urgentes” possam ser encaminhadas para a sala de reanimação, antecipando o agravamento e prevenindo o surgimento de complicações do processo patológico. É, portanto, de elevada responsabilidade o papel dos Enfermeiros na vigilância da pessoa, dado o potencial para uma evolução desfavorável da doença.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica da OE caracteriza a pessoa em situação crítica como a pessoa “(...) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018c, p.19362).

O contexto de urgência/emergência não foi novo para mim, mas procurei sempre melhorar a minha capacidade de priorizar os cuidados mantendo por base o processo de enfermagem. Assim, recorri às orientações do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e do Departamento de Formação em Emergência Médica (DFEM) para adaptar a minha praxis à abordagem sistematizada através da mnemónica ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) permitindo estabelecer uma prioridade de avaliação e atuação face às necessidades identificadas (INEM, 2019).

A Sala de Emergência/Reanimação deve estar sempre preparada e ser mantida em perfeitas condições para que funcione de forma correta e eficaz. Esta responsabilidade cabe ao enfermeiro que fica responsável pela Reanimação. Quando fiquei distribuída neste local presenciei situações de diferente cariz, desde reação anafilática a PCR, TCE, Politraumatizados, enfarte agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão, AVC. Os conhecimentos adquiridos na parte teórica do 8º CPLEEMC e do 7º CMEMC foram, sem dúvida, uma mais-valia na prestação de cuidados ao doente urgente/emergente e/ou em falência orgânica.

No que diz respeito à prestação de cuidados enfermagem a doentes em situação de urgência/emergência desenvolvida nas restantes áreas do SUG (balcão de Medicina, especialidades cirúrgicas e triagem) foi possível prestar cuidados a doentes com diversas

patologias desde foro respiratório, cardiovascular e pulmonar, neurológico, psiquiátrico, gastrointestinal, endocrinológico, cirúrgico, renal, etc. Identifiquei as necessidades fundamentais do doente, através de colheita de dados junto do doente/família, acompanhante; avaliação seguindo metodologia ABCDE e consulta do processo clínico; identifiquei situações de instabilidade/falência orgânica/complicações mediante a análise da informação obtida por monitorização das funções vitais do doente; planeei intervenções eficazes sobre os problemas diagnosticados, executei técnicas e procedimentos complexos visando a manutenção da estabilidade hemodinâmica/ventilatória; administrei e geri terapêutica complexa, avaliei e atuei perante o alívio a dor; maximizado o bem-estar do doente; elaborei registos científicos e rigorosos de forma a garantir a continuidade dos cuidados e avaliei continuamente os resultados das intervenções implementadas.

Apresento, de seguida, 4 casos, de entre alguns que surgiram neste período de EC, que me permitiram ter uma atitude diferenciadora enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica:

Caso 1- Doente do sexo masculino, 45 anos, alcoólico, cirrótico. Foi encontrado caído na via pública. Trazido ao SUG pelos bombeiros. Encontrava-se hipotenso, hipotérmico(25°C), ligeira bradicardia sinusal (48-55 pulsações/minuto), consciente e orientado. Foi monitorizada tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio. Após feita avaliação, diagnóstico e tratamento de enfermagem e concomitantemente ter sido instituído tratamento médico, fez Paragem Cardiorrespiratória (PCR). Identifiquei bem a situação encaminhei para a sala de reanimação. Fez 7-8 ciclos de Suporte Avançado de Vida (SAV). O doente permaneceu sempre com ritmo de assistolia e não foi possível reverter a PCR.

Caso 2- Doente do sexo Feminino, 68 anos, autónoma. Trazida inconsciente da sala de espera da consulta externa, cerca das 8h da manhã. À chegada ao SUG em PCR. Iniciou-se algoritmo de SAV, feitos 8 a 10 ciclos, sempre com ritmo de assistolia. Neste caso o meu orientador e eu assumimos o papel de líderes, na execução do SAV, até chegar ajuda diferenciada da Unidade de Cuidados Intensivos.

Caso 3- doente sexo feminino, 86 anos, previamente autónoma, encontrada caída na sua residência. Consciente, já a receber tratamento médico na área da medicina interna, com traçado eletrocardiográfico compatível com taquicardia ventricular, hipotensa e ligeiramente pálida. Identifiquei bem a situação crítica e de instabilidade da doente. O ritmo da doente muda e passa a apresentar ritmo sinusal. Tinha sido feito, previamente, tratamento para a hipercaliémia grave que a doente apresentava.

Neste SUG a existência de uma Via Verde AVC, Via Verde Coronária, possibilita o encaminhamento rápido e eficiente dos utentes que apresentam os critérios definidos para ativação destes protocolos. Verificou-se oportunidade neste âmbito de identificar os critérios específicos de ativação da via verde do AVC e via verde coronária e efetuar o acompanhamento destes doentes.

Na Via Verde Coronária o tempo é crucial para restabelecer a perfusão coronária, com a maior brevidade possível. Por exemplo nos Síndromes Coronárias Agudas com Supradesvinelamento do Segmento ST, a angioplastia primária tem-se evidenciado em relação à terapêutica fibrinolítica, sendo referida nas recomendações como terapêutica de primeira linha, com um tempo ideal de 2 horas após o início dos sintomas, o que demonstra a importância dos timings nesta emergência. Quanto menor for o intervalo de tempo entre o início de sintomas (ou o primeiro contato médico) e a realização de angioplastia, maior será o benefício da mesma (Ponce, 2018).

O algoritmo da Via Verde AVC visa resumir as principais intervenções relacionadas com a assistência integral e em tempo oportuno às vítimas de Acidente Vascular Cerebral obedecendo ao conceito da cadeia de sobrevivência (CHCB,2020b). A primeira abordagem é similar a qualquer outra situação emergente, seguindo a mnemónica ABCDE, com uma avaliação neurológica para identificar sinais e sintomas do paciente com AVC, seus diagnósticos diferenciais e suas complicações associadas, com especial relevo o horário do início dos sintomas.

Segundo o Procedimento Interno sobre a Via Verde AVC (CHCB,2020b), no SU, a equipa da Via Verde AVC intra-hospitalar deve incluir:

a) Médico de medicina interna ou de neurologia, com experiência no diagnóstico e tratamento do AVC, incluindo especificamente: diagnóstico clínico do AVC e aplicação de escalas neurológicas, nomeadamente a escala do National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), interpretação dos meios complementares de diagnóstico, na decisão terapêutica (fibrinolítica ou endovascular);

b) Enfermeiros com experiência na abordagem do AVC;

c) Deve existir sensibilização e treino dos profissionais de laboratório e imagiologia envolvidos, para a necessidade de todos os procedimentos a realizar com carácter de emergência (as requisições de TAC e de análises levam uma etiqueta sinalética de via verde AVC).

Segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Presta cuidados à pessoa em situação crítica emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (OE, 2018c).

Como futura especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, soube identificar a situação crítica/ emergência e fazer o devido encaminhamento no seguinte caso que vou expor:

Caso 4 -Num turno alocada ao triador com o meu orientador, ativei 3 Vias Verdes AVC. Todos os doentes foram encaminhados, de imediato, para a Medicina Interna. Foram observados pelo Médico Especialista de Medicina Interna e pelo Enfermeiro. Feita breve anamnese, sinais vitais, Glicémia, e escala de NIHSS. Todos eles foram fazer Tomografia Axial Computorizada (TAC) Crânio Encefálico, de imediato. Um deles apresentava hemorragia cerebral, foi encaminhado para a neurocirurgia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Um outro com AVC isquémico, mas que não reunia critérios para realização de fibrinólise, foi internado na Unidade de AVC. O terceiro caso, uma doente do sexo feminino, com cerca de 80 anos, previamente autónoma, encontrada caída na sua quinta. Trazida ao SUG pelos bombeiros com Hemiplegia esquerda e disartria acentuada. A TAC revela AVC isquémico. Fez fibrinólise com Alteplase e há melhoria significativa na escala NIHSS. É internada na Unidade de AVC. Segundo o Regulamento Interno do SU sobre a Via Verde AVC (CHCB,2020b) se indicada, a fibrinólise é iniciada no SU sob orientação do médico da UCI ou de apoio à UAVC, preferencialmente na sala de Reanimação.

Os conhecimentos adquiridos na parte teórica do 8º CPLEEMC e 7º CMEMC, a experiência prévia no SUG e a pesquisa bibliográfica contribuíram, inequivocamente, para esta minha conduta rápida de avaliação, diagnóstico e encaminhamento dos doentes supracitados. Aprofundei conhecimentos sobre a escala de NIHSS, fatores de risco no AVC, critérios de elegibilidade para trombólise assim como critérios de exclusão e tratamento endovascular - trombectomia. Procedi à leitura de bibliografia sobre o tema.

A dor é considerada o 5º sinal vital e traduz uma experiência sensitiva e emocional complexa e subjetiva, na medida em que é aquilo que a pessoa diz ser exatamente. É necessário reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor desde que apresente capacidades cognitivas e de comunicação presentes e devemos sempre acreditar na sua queixa.

A sua avaliação é uma das competências do Enfermeiro Especialista. De acordo com DGS (2008, p.1), “A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo.”, sendo importante a sua avaliação e controlo da mesma. Assim, dada a sua relevância, o domínio da dor “(...) deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde

(...)”, devendo a avaliação e controlo da mesma ser observada em todas as instituições de saúde, tal como conta da referida Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde.

Avaliei a dor de forma regular e sistemática, recorrendo às escalas de avaliação, tendo utilizado mais frequentemente a escala qualitativa, e por vezes a numérica. O alívio da mesma foi feito, recorrendo essencialmente a medidas farmacológicas conforme prescrição médica. A sua avaliação foi feita, pelo menos uma vez por turno, e após implementação de alguma medida de alívio, considerando as características da dor. Em primeiro lugar devem usar-se as escalas de autoavaliação e só em casos extremos optar pelas de heteroavaliação, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, em doentes com alterações da comunicação e cognitivas.

A instituição de medidas não farmacológicas para alívio da dor são difíceis de aplicar num SU pelas próprias contingências do serviço em si. No entanto, recorri á aplicação de crioterapia e execução de posicionamentos frequentes que permitem o alívio das proeminências ósseas promovendo a circulação, relaxamento muscular e conforto. Recorri, sempre que possível, a estas medidas não farmacológicas pois são simples de usar e promovem o alívio da dor.

Colaborei no processo de transferência da pessoa em situação crítica para outros serviços de internamento e para outras instituições, transmitindo toda a informação pertinente de forma clara e objetiva à equipa de enfermagem que o recebeu e elaborei registos no SClínico®. Acompanhei a pessoa em situação crítica na realização de exames complementares de diagnóstico. Sempre que necessário, elaborei ou participei na execução da carta de enfermagem para os cuidados de saúde primários visando a continuidade dos cuidados. Os meios tecnológicos de gestão da informação/comunicação e de doentes - Programa SClínico®. e Triagem de Manchester, não foram novidade para mim., estes possibilitam uma metodologia rigorosa da continuidade dos cuidados.

O cuidador do SU tem que estar desperto para o estado emocional do doente e as perturbações associadas à alteração do equilíbrio provocada por uma situação e urgência/emergência. É fundamental estar atento. Apesar da família/acompanhante, neste momento, não poderem estar presentes (contingências da infeção por covid 19), identifiquei as perturbações emocionais e dúvidas vividos pela pessoa em situação crítica e sua família, prestei os esclarecimentos e apoio necessários. Mostrei sempre disponibilidade e valorizei as suas queixas e soube gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família.

Neste estágio, apesar de ser o meu local de trabalho, tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos, tendo aproveitado todas as oportunidades que surgiram, aplicando a metodologia científica do processo de enfermagem. Constituiu preocupação

avaliar continuamente os resultados das intervenções implementadas e efetuar registos claros e objetivos de modo a garantir a continuidade dos cuidados.

E.2 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O Enfermeiro Especialista em EMC na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, deve instituir medidas para maximizar a prevenção, a intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2017). É importante um plano prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, tendo por base a evidência científica, não só a nível particular assim como também em termos de gestão e em equipa.

No decorrer do EC constituiu minha preocupação o cumprimento das precauções universais para a prevenção das IACS, nomeadamente na higienização das mãos, tendo em atenção os 5 momentos da lavagem das mãos preconizado pela DGS; utilização correta de barreiras protetoras (máscara, luvas e avental); na utilização racional das luvas para evitar desperdício de recursos, e o uso de máscara cirúrgica em todos os doentes (pois muitos usam mascaras comunitárias). Procurou-se ainda atuar em consonância com as normas no que respeita à prevenção de infeções associadas a cateterismo vesical, cateterização intravascular, da ferida cirúrgica, nas colheitas de produtos para microbiologia, às regras para acolhimento e circulação de doentes infetados, aos cuidados com doentes portadores de microrganismos multirresistentes e à separação de resíduos hospitalares.

O GCL-PPCIRA tem como missão prevenir, detetar e controlar infeções a nível hospitalar em articulação com cada serviço, pela criação de um elo responsável por toda a dinâmica relativa à prevenção das IACS. Tem como objetivo promover formação e informação sobre políticas e procedimentos sempre atuais e propor medidas de prevenção e controlo de infeção baseadas na melhor evidência científica (www.chcbeira.pt).

Na urgência respiratória, onde por vezes estão no mesmo espaço doentes com suspeitas de infeção por covid-19 e casos de infeção confirmada. A forma de minimizar a situação foi agrupar os doentes já positivos numa área e as suspeitas noutra. Foi necessária

da minha parte uma constante avaliação da situação e reajuste de medidas para prevenir os contágios (realocar os doentes a diferentes espaços físicos consoante o contexto verificado a cada momento). Foi também sempre minha preocupação verificar o uso correto da máscara cirúrgica.

Uma boa higiene do meio hospitalar é um componente integral e fundamental da estratégia de prevenção das infeções hospitalares e compreende um conjunto de atividades rotineiras que incluem a recolha segura do lixo geral e clínico, e ainda a cozinha e higiene alimentar. O ambiente hospitalar deve estar visivelmente limpo (CHCB,2016b).

E 4 – Demonstra conhecimentos sobre os procedimentos na resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção á ação

Os planos de emergência são instrumentos que devem fazer parte de qualquer instituição, sendo que o plano de emergência externo constitui um documento normativo que descreve riscos, intervenientes e atribuição de responsabilidades, destinando-se a enfrentar situações de catástrofe, acidentes graves ou calamidades (CHCB,2012a). Este apresenta como objetivos:

- Responder eficazmente e no mais curto espaço de tempo, a qualquer emergência;
- Garantir que a atuação dos intervenientes é feita de acordo com critérios de prioridades, previamente estabelecidas;
- Capacitar os intervenientes para uma resposta rápida e eficaz;
- Repôr o mais rápido possível, o normal funcionamento do serviço;
- Assegurar que o serviço é prestado respeitando as regras de segurança.

Por sua vez, o plano de emergência interno (CHCB,2013b), não é mais que um instrumento preventivo e de gestão operacional que tem como finalidade:

- a preparação e a organização dos meios existentes para garantir a salvaguarda de pessoas e bens, em caso de ocorrência de uma emergência;
- Sensibilizar para a necessidade de conhecer e treinar procedimentos de autoproteção e evacuação, a adotar por profissionais de saúde, outros funcionários, doentes e visitas.

A catástrofe é definida no artigo 3º da Lei nº 27/2006 de 3 de julho que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil e citada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica da OE (OE, 2015b, p. 17241) como um “acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas,...”ou “acontecimento

repentino e imprevisto que requer medidas imediatas para minimizar possíveis consequências nefastas”.

“A emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis” (OE, 2015b, p.17241).

No que diz respeito á atuação em situações de catástrofe/emergência multi-vítima, as intervenções realizadas apenas se resumiram ao conhecimento e análise do plano de emergência interno e externo existente na instituição; não houve a possibilidade de prestar cuidados diretos nestas situações. Não foram detetadas debilidades no mesmo, considerando-os bem elaborados.

No caso, de uma situação de emergência multi-vítima, todo o atendimento a estes doentes é alterado. Tive oportunidade de rever os conceitos de triagem primária e secundária abordados na parte teórica deste curso. De referir, que neste âmbito, já foram realizados vários simulacros, que há alguns anos a esta parte tive o privilégio de participar.

1.2.1 – Avaliação por Competências

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são de acordo com a OE” (...) altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018c, p.19362).

E1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como de doença crónica e/ou paliativa

Neste EC, surgiram oportunidades de prestação de cuidados diferenciados, como por exemplo o encaminhamento rápido de doentes críticos, aplicando corretamente os fluxogramas da Triagem de Manchester. Nomeadamente: ativação das vias verdes (AVC e coronária), doentes em peri-paragem, doentes com disritmias, doentes politraumatizados, doentes com edema agudo do pulmão, doentes em choque (cardiogénico e séptico).

No que diz respeito à prestação de cuidados enfermagem a doentes em situação de urgência/emergência desenvolvida nas restantes áreas do SUG (balcão de Medicina, especialidades cirúrgicas e triagem) Identifiquei as necessidades fundamentais do doente, através de colheita de dados junto do doente/família, avaliação seguindo metodologia ABCDE e consulta do processo clínico; identifiquei situações de instabilidade/falência orgânica/complicações mediante a análise da informação obtida por monitorização das funções vitais do doente; planeei intervenções eficazes sobre os problemas diagnosticados e executei técnicas e procedimentos complexos visando a manutenção da estabilidade hemodinâmica/ventilatória. Apliquei corretamente o algoritmo de SAV várias vezes durante este estágio no SU assumindo o papel de líder, juntamente com o meu orientador, durante a reanimação.

Consegui gerir de forma eficaz os cuidados prestados em situações de urgência e emergência, estabelecendo prioridades e despistando possíveis complicações, assim como antecipei focos de instabilidade e atuei na imprevisibilidade das situações.

Administrei protocolos complexos de medicação, nomeadamente em situações de doentes com AVC isquémico, enfarte agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão, taquicardias supraventriculares, e PCR. Identifiquei precocemente reações adversas, contra-indicações á administração dos mesmos, implementando intervenções que minimizassem as complicações, avaliando de seguida as respostas a essas intervenções.

Promovi, sempre, um ambiente terapêutico seguro para o doente nomeadamente na administração de terapêutica cumprindo a regra dos “cinco certos” da medicação: medicamento certo, doente certo, dose certa, via de administração certa e horário certo, regra que sendo importante em todos os serviços, no SUG, é ainda mais, pela dinâmica do mesmo e pela rotatividade de doentes. Identifiquei toda a medicação com um código de barras da qual constam os dados de identificação do doente, de forma a evitar erros, assim como a medicação a administrar.

A dor é considerada o 5º sinal vital e traduz uma experiência sensitiva e emocional complexa e subjetiva, sendo fundamental a sua avaliação e controle, fator decisivo para a humanização dos cuidados de saúde (DGS,2008).

Neste contexto, avalei a dor de forma regular e sistemática, recorrendo às escalas de avaliação da dor. Estive desperta para despistar fatores de alívio/agravamento e efetuei a seleção do instrumento de avaliação adequado ao doente. Pude prestar apoio emocional ao doente através do toque terapêutico promovendo o conforto e tranquilidade física e bem-estar corporal; aplicação de termoterapia e crioterapia.

No âmbito da assistência psicológica ao doente/família, a OE evidencia que o enfermeiro especialista deve promover a assistência á pessoa e família a vivenciar perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica (OE, 2018c).

Algo que tem de despertar a atenção ao cuidador do SU é o estado emocional do doente e as perturbações associadas à alteração do equilíbrio provocada por uma situação e urgência/emergência. É fundamental estar atento para identificar as perturbações emocionais como medo, ansiedade, e dúvidas vividos pela pessoa em situação crítica e sua família. Prestei os esclarecimentos e apoio necessários através do estabelecimento de uma relação empática, mostrando disponibilidade e valorizando as suas queixas e geri a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família.

Devo referir que neste momento, a família e acompanhantes não são permitidos devido á crise pandémica que atravessamos, o que causa constrangimento à pessoa doente, à família e mesmo ao enfermeiro, no entanto, para minimizar esta situação, procurei dar informações sobre o estado de saúde dos doentes de forma empática e atempadamente.

Permaneci junto da pessoa em situação crítica com uma postura adequada, contato visual eficaz, tive em atenção o tom de voz e o toque como forma de aproximação e partilha de emoções. Sempre que possível perante uma situação de ansiedade e medo decorrentes da situação vivenciada, a comunicação interpessoal e relação terapêutica, foram estabelecidas, pela utilização de estratégias facilitadoras como a disponibilidade e interesse, escuta ativa, compreensão empática, confiança, segurança, recetividade, feedback, utilizar e interpretar linguagem não verbal, adequar a linguagem ao grau de compreensão e à complexidade do estado de saúde de cada um. Tentei instituir estratégias que facilitaram a comunicação em doentes com algum tipo de barreira à comunicação.

Ainda no contexto da comunicação, foram surgindo algumas oportunidades de realizar sessões de educação para a saúde, com o intuito de esclarecer possíveis dúvidas do utente/família sobre a sua condição clínica e melhorar a sua capacidade para lidar com ela. Assim, foram realizados ensinios em comunicações informais sobre a doença, cuidados prestados e cuidados a ter.

Pelo exposto, considero ter adquirido na totalidade a competência específica atras referenciada.

E.2 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A IACS é uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2008 cit. por OE,2015b, p.17241).

O EE deve reconhecer a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, adotar e promover medidas apropriadas, intervindo com uma conduta preventiva e antecipatória e gerindo as práticas de cuidados, que podem comprometer a segurança do doente (OE, 2019).

Relativamente à área do controlo de infeção, implementei isolamentos; preconizei a higienização das mãos; preveni a infeção urinária associada à algalia evitando o uso desnecessário do cateter vesical, porque considero que cabe ao enfermeiro a promoção do bem-estar dos doentes, assim como utilizei sempre técnica assética, respeitando as recomendações de boas práticas.

Assim, é essencial, entender os protocolos e normas preconizadas pela DGS. Desta forma consultei as normas e procedimentos sobre a prevenção e controlo da IACS preconizados pelo GCL-PPCIRA da instituição tentando adotar as práticas preconizadas, nomeadamente a lavagem e desinfeção das mãos nos cinco momentos preconizados pela OMS/DGS: antes e após o contato com o doente, após o risco de exposição a fluidos orgânicos, antes de procedimentos asséticos e após o contato com o ambiente envolvente do doente. Realizei sempre um manuseamento seguro da roupa, coloquei os cortantes/perfurantes nos contentores próprios e em caso de suspeita de doença transmissível por via área coloquei máscara ao doente ou no caso de o doente ser orientado e independente fiz-lhe ensino sobre a necessidade e uso correto da mesma.

Fiz o uso de luvas pois estas constituem uma barreira protetora e devem ser usadas em procedimentos invasivos, contato com locais estéreis, pele não intata, membranas mucosas e todas as atividades em que haja risco de exposição a sangue e fluidos orgânicos.

Conforme acima descrito, considero que a competência específica foi totalmente atingida.

E 4 – Demonstra conhecimentos sobre os procedimentos na resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à ação

Ao longo do Estágio desenvolvido no SU, foram vários os momentos em que abordei e discuti a temática de catástrofe com o enfermeiro orientador. Consultei o plano de emergência interno e externo que se encontra visível na intranet, assim como também foi possível discutir as alterações a ter em linha de conta em caso de catástrofe ou emergência multi-vítima. Todas as hipóteses discutidas foram baseadas em casos fictícios, uma vez que não ocorreu qualquer situação de catástrofe ou emergência multi-vítima durante o decorrer do Estágio, não sendo por isso possível observar a dinâmica multidisciplinar e do próprio serviço no decorrer de uma situação real. Consultei o plano de emergência externo e interno. Após consulta dos mesmos, não foram detetadas debilidades, considerando-os bem elaborados.

Conforme acima descrito, considero que a competência específica foi totalmente atingida.

Parte II – Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos

2 – Competências adquiridas e evidências das atividades realizadas

A atividade de Enfermagem surge em Portugal nos finais do século XIX, sendo que, a partir da segunda metade do século XX surgem alterações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional, refletindo-se assim, no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente (OE, 2015b).

Em Portugal, as primeiras unidades de cuidados intensivos surgiram no final da década de 50 do século passado (Paiva et al., 2017).

É um local qualificado “para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (MS, 2003, p.6). É um serviço polivalente “(multidisciplinar) do saber médico, não só pela forma como aborda os doentes, como pelo tipo de patologias que trata e ainda pela interdisciplinaridade a que obriga” (MS, 2003, p.7).

O Enfermeiro especialista é um enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem na área da sua especialidade (MS, 1996).

Neste sentido, optei por desenvolver este estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do CHUCB não só pela proximidade, mas também pelo meu interesse pessoal em conhecer a sua dinâmica e por ser uma unidade que presta cuidados de excelência.

Este é um serviço que proporciona cuidados médicos especializados a doentes em estado crítico, com risco ou em falência das funções vitais, equipada com modernos meios de suporte de vida, dispondo de equipa própria e permanente (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) (CHCB,2012b).

Este estágio decorreu no período compreendido entre 01 de março de 2021 e 14 de maio de 2021, num total 180 horas, distribuído por 9 semanas, em horário rotativo. Este permitiu-me desenvolver competências na prestação de cuidados na valência de Unidade de Cuidados Intensivos.

A UCI foi inaugurada no dia 17 de janeiro de 2002, e desde então é dotado de um vasto e diversificado grupo de profissionais de saúde com experiência profissional e académica. Tem como objetivo proporcionar cuidados médicos especializados a doentes em estado crítico, com risco ou em falência das funções vitais, equipada com modernos meios de suporte de vida, dispondo de equipa própria e permanente (CHCB, 2012b). A UCI não Covid (onde decorreu este EC) é um serviço polivalente de nível III, localiza-se no piso 2, junto à UCI-Covid e ao Bloco Operatório (BO). A UCI por contingências da pandemia passou a funcionar onde era a unidade de AVC.

Esta UCI tem como missão: proporcionar cuidados médicos integrados e especializados ao doente em estado crítico e pós-operatório de alto risco. Estabilizar o seu estado de saúde e tratar a sua doença; tratar doentes com mais de 16 anos com problemas médicos e cirúrgicos; proporcionar vigilância e terapia intensiva de forma permanente, utilizando técnicas especializadas; Investigação; fornecer apoio à Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC), colaborar na avaliação e interpretação do doente crítico em todos os serviços do hospital e responder a eventuais solicitações externas; ensino pré-graduado e pós-graduado (CHCB,2012b).

2.1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os quatro domínios que uniformizam a intervenção do EE demonstram a sua elevada capacidade de conceção, supervisão e gestão de cuidados e, ainda, através de um suporte sustentado ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, assessoria e investigação (OE, 2019).

2.1.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 – Desenvolve práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Segundo o artigo 97º do Código Deontológico (OE, 2015a), a adoção de todas as medidas que apontem para uma melhoria da qualidade dos atos e tarefas de enfermagem, é um dever a que a OE obriga, aquando do exercício da profissão, segundo competências

técnica e científicas, consideração pela saúde e bem-estar das pessoas em geral e concretamente pela vida e dignidade humana.

Na UCI devido ao estado crítico do doente, a maior parte das vezes sedados, apesar disso houve sempre a preocupação da comunicação e interação com o mesmo na realização dos procedimentos invasivos e não invasivos.

Em relação aos princípios éticos da beneficência e não maleficência importantes e fundamentais numa UCI, tive oportunidade de os verificar. Existem situações que exigem muita ponderação e comparação dos riscos e benefícios. Assim, as tomadas de decisão foram sempre em equipa suportada em princípios, valores e normas deontológicas e em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

2.1.2– Domínio da Gestão da Qualidade

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Face aos constantes e crescentes desafios que se colocam ao setor da saúde, é imperativa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este deve ser o eixo norteador de toda a prática dos profissionais de saúde (Rocha, 2020).

A UCI baseia a sua prática na melhor evidência científica, transposta para a prática em vários protocolos e procedimentos existentes na unidade. Trata-se de uma área de prestação de cuidados de saúde, onde a especificidade e complexidade do doente crítico, requerem aos profissionais de enfermagem um elevado nível de conhecimentos e a sua contínua atualização, de forma a maximizar a qualidade da assistência. Daí que, para manter um nível de excelência na prestação de cuidados, a equipa multidisciplinar da UCI investe fortemente na formação e normalização de procedimentos. Consultei os protocolos existentes nesta unidade pois a atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros.

Parece-me pertinente fazer referência a determinados parâmetros de avaliação, indicadores que permitem a prestação e avaliação de cuidados com qualidade. Na dinâmica da UCI são aplicadas diariamente diversas escalas que permitem a monitorização de indicadores de qualidade. Para além da aplicação do TISS 28 e das escalas de avaliação da dor, foram também aplicadas diariamente outras escalas em uso na UCI, nomeadamente a Escala de Braden, Escala de Morse e a Escala de Glasgow.

De acordo com Mendes e Ponce (2015, p.3), “Os estados alterados da consciência, de que o coma é a expressão maior, são frequentes em ambientes de cuidados intensivos e

urgência.”, usando-se a escala de Glasgow como indicador inicial da gravidade da lesão subjacente. Avaliei e procedi ao respetivo registo da referida escala.

Ainda no âmbito da gestão da qualidade dos cuidados, efetuei uma análise crítica das práticas de enfermagem observadas e a sua adequação aos recursos disponíveis, percebendo que se prestam cuidados de excelência nesta unidade, com poucas fragilidades ao nível da organização/funcionamento da mesma.

Durante o estágio na UCI foi-me permitido colaboração direta nas atividades referidas. De referir que todas as outras atividades realizadas, no domínio da gestão da qualidade, foram descritas na parte referente ao estágio na urgência, tendo sido adquiridas as respetivas competências nesse EC.

2.1.3- Domínio da Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

O enfermeiro que presta cuidados numa unidade de doentes críticos deve reunir um vasto leque de competências de domínio profissional, ético e legal, de comunicação, de gestão, de cuidado à pessoa em situação crítica e prevenção de complicações, na procura da excelência dos cuidados (OE, 2018c).

Neste sentido, com o intuito de alargar competências na área de gestão, concedi especial enfoque na minha participação e colaboração na gestão de recursos humanos e de materiais/equipamentos, quando acompanhei o meu tutor na coordenação do serviço, expondo sempre as minhas dúvidas.

O enfermeiro coordenador de turno assegura o cumprimento de boas normas, protocolos e procedimentos da unidade, referencia situações problemáticas identificadas na unidade, gere prioridades e valida trocas urgentes, é o elo de ligação entre a equipa e os seus superiores hierárquicos na comunicação de situações e problemas que possam surgir. Este tem a responsabilidade de garantir, em articulação com toda a equipa multidisciplinar, todas as condições para promover a excelência de qualidade de cuidados durante o respetivo turno.

Devo referir que verifiquei o papel ativo e dinâmico do meu orientador enquanto coordenador de turno e da enfermeira chefe do serviço na gestão de recursos humanos e

materiais. Particularmente tive oportunidade de preparar a unidade do doente na receção do mesmo, colaborar na preparação de equipamentos de acordo com a situação clínica do doente e na vigilância e manutenção assim como verificação diária dos equipamentos da unidade; participar nos pedidos e reposição de stock de materiais de consumo clínico, verificação de prazos de validade, na racionalização de recursos disponíveis e na promoção de um ambiente positivo fomentador da excelência da prática em enfermagem.

Durante as semanas de estágio observei que o papel da liderança na gestão do cuidado é conseguido, o que a torna essencial para a boa prática de gestão associados ao desenvolvimento de responsabilidades, determinação, humildade, flexibilidade, integridade, conhecimento e credibilidade, tornando-se características elementares para o melhor desempenho e eficiência da equipe. Visa proporcionar uma assistência livre de danos, e, sobretudo, a satisfação profissional, com a conquista da autonomia (Góis, Góis, Musse, & Servo, 2017).

Sempre que surgiu oportunidade, colaborei no desenvolvimento das atividades descritas, sempre com a consciência de que a minha prestação nesta área é limitada, contudo desenvolvi competências para tal.

2.1.4- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens

Profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos

Ao longo deste estágio apercebi-me que a dinâmica formativa da equipa da enfermagem deste serviço tem-se centrado na revisão de procedimentos e execução de protocolos no que diz respeito á infeção provocada pelo vírus SARS-COV2. Existem dossiers no serviço, um com linhas orientadoras de várias técnicas e outro com os procedimentos operativos de todas as técnicas praticadas nesta unidade, assim como, também, existe o elo de ligação ao gabinete de formação. Assisti e colaborei na discussão informal de algumas práticas e procedimentos que estavam a suscitar algumas dúvidas de atuação na equipa, havendo assim uma troca de informação entre os vários elementos. Não tive oportunidade de assistir a nenhuma formação durante estas semanas transatas.

Da minha parte realizei a possível pesquisa bibliográfica e estudo de algumas temáticas, no âmbito de enfermagem em Cuidados Intensivos sobre situações com as quais

me deparei, nomeadamente do foro respiratório, com Ventilação Mecânica (VM) em Ventilação por Pressão Positiva Intermitente (IPPV), a utilização de Ventilação Não Invasiva (VNI), os Monitores PICCO e EDWARDS. Os diagnósticos como o choque, nomeadamente o Cardiogénico e o séptico também foram alvo de pesquisa. Aprofundei conhecimentos sobre drogas vasoativas e seus recetores. Esta pesquisa contribuiu também para a minha formação pessoal, permitindo lembrar/assimilar conhecimentos, esclarecer dúvidas e enriquecer a aprendizagem resultante deste estágio.

Perante o que foi apresentado considero ter adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista.

2.2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

A OE reforça a importância da qualidade da prestação de cuidados, assumindo que o enfermeiro especialista tem um papel preponderante na prestação de cuidados de enfermagem assente em padrões de qualidade sólidos:

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (OE, 2017, p.5).

E.1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como de doença crónica e/ou paliativa

Dando cumprimento ao que é definido pela OE como enfermeiros especialistas, estes possuem competências que lhes permitem desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e desenvolver autoconhecimento e assertividade; basear a prática clínica em sólidos e padrões de conhecimentos (OE, 2018c).

Devido à grande complexidade e gravidade dos doentes, o enfermeiro deve adquirir competências para a decisão clínica, comunicação, liderança e gestão dos cuidados. Com o

8º CPLEEMC e o 7ºCMEMC pretendi desenvolver competências, através da construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que conduzam à melhoria na prática clínica

O ensino clínico na UCI, permitiu-me o contato com um vasto leque de situações o que tornou este estágio uma experiência positiva e enriquecedora no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na área de doente crítico. A necessidade de me debruçar sobre diversas temáticas, a necessidade de pesquisa bibliográfica, consulta de procedimentos internos, a implementação de estratégias terapêuticas adequadas, a otimização das mesmas, a capacidade de decisão, o desenvolvimento de um raciocínio interpretativo sempre fundamentado, permitiram o delinear de um raciocínio lógico e encadeado de forma a traçar e organizar a estratégia de prestação de cuidados.

Ao longo do estágio desenvolvi competências no cuidar da pessoa em estado crítico, sendo este um processo contínuo, e já me sinto mais capaz no que respeita a observação e antecipação de eventuais instabilidades clínicas, no que concerne à individualidade de cada pessoa, e estou mais alerta para alguns sinais que manifestam as necessidades da pessoa em estado crítico, por exemplo, a abordagem de uma pessoa sedoanalgesiada, ou com necessidades ventilatórias alteradas. Para este desenvolvimento contribuiu, também, a pesquisa bibliográfica sobre as várias temáticas como ventilação, hemodinâmica, técnicas dialíticas e nutrição entérica e parentérica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica presta cuidados que exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011b).

Tendo isto como princípio, nos primeiros dias de ensino clínico centrei a minha atenção no saber-fazer, ou seja, necessitei de aprofundar e adquirir conhecimentos sobre os efeitos, modo de preparação e administração de terapêutica específica utilizada neste serviço e na utilização do equipamento técnico existente e interpretação da informação fornecida quer a nível ventilatório, quer a nível hemodinâmico.

Nesta perspetiva, foi possível prestar cuidados a doentes críticos com diversas patologias, desde foro respiratório, cardiovascular, cirúrgico e neurológico.

Quanto ao acolhimento do doente, no momento da admissão no serviço, a unidade já está preparada para receber o doente, onde antecipadamente é efetuado o teste do ventilador e seu circuito. (CHCB, 2016c).

Este é desenvolvido de acordo com as boas práticas, seguindo as normas e procedimentos do serviço. Aqui, a informação sobre a história do doente é transmitida pelo profissional que acompanha o doente, assim como se procede à recolha do maior número de dados possível sobre a sua situação clínica e história de saúde. Esta transferência de cuidados deve seguir a norma emanada pela DGS (2017b) e seguir o acrónimo ISBAR.

É efetuada uma observação global contínua e rigorosa do doente (metodologia ABCDE, que engloba a orientação cefalocaudal) para avaliar o grau de estabilidade/instabilidade; assegurada a monitorização hemodinâmica básica frequência cardíaca(FC), Pressão Arterial (PA), Eletrocardiograma (ECG); colaboração na manutenção da via aérea; otimiza-se terapêutica prescrita; organiza-se a dinâmica de cuidados; a cuidada observação física do doente; colabora-se com o médico na execução de procedimentos técnicos. Realizam-se colheitas já protocoladas de espécimes (sangue para análise, hemocultura periférica e hemocultura central, colheita de expetoração para aspirado traqueobrônquico e urocultura).

Nestes vários contextos, e ao longo do período de estágio e em colaboração com o meu orientador, foram desenvolvidos procedimentos de acolhimento do doente no serviço; Identificadas as necessidades fundamentais do doente em todas as suas dimensões, com base na anamnese e no exame físico efetuados; Identificadas precocemente situação de instabilidade/ falência orgânica/complicações mediante a análise da informação obtida por monitorização das funções vitais do doente, da observação e avaliação contínuas do seu quadro clínico e da consulta dos registos no seu processo (on- line); Planeadas e implementadas intervenções eficazes sobre os problemas identificados; executadas técnicas/procedimentos complexos visando a manutenção da estabilidade hemodinâmica/ventilatória; administrada e gerida terapêutica complexa; avaliada e aliviada a dor; maximizado o bem-estar do doente, com a prevenção e/ou controlo de infeção; elaborados registos com rigor científico e passagem de ocorrências, segundo a metodologia adotada pela UCI, seguindo uma orientação cefalo-caudal, demonstrando domínio na utilização da aplicação informática em uso, de forma a garantir a continuidade dos cuidados; avaliados continuamente os resultados das intervenções implementadas, a qualidade e efetividade das mesmas.

A elaboração de registos no âmbito de cuidados intensivos constitui uma obrigação profissional, sendo que estes devem ser pertinentes, complexos e sistematizados de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Para além de reproduzirem as intervenções planeadas e realizadas, os registos reforçam também o raciocínio analítico-interpretativo relacionado com o processo de cuidados (MS, 2009). É importante fazer o registo correto e em tempo real, sempre que possível, e de forma mais sistematizada possível. Na UCI a plataforma de registos utilizada é Centricity Critical Care onde são preenchidos itens já pré-

definidos, aquando da admissão do doente na unidade. Permite a compilação de toda a informação, como a passagem de dados da unidade do doente, desde informação hemodinâmica, terapêutica e de ventilação. Torna-se um instrumento fundamental para a comunicação entre os diversos profissionais de saúde, reduzindo erros de prescrição, regulam o cumprimento de guidelines e reduzem conflitos, melhorando desta forma a qualidade de cuidados (Mendes & Ponce, 2015).

Elaborei registos com rigor científico e que contribuíram para a continuidade de cuidados para a maximização da efetividade e segurança na assistência e minimização da ocorrência do erro humano. A continuidade dos cuidados efetiva-se através destes, assim como da passagem de turno que preconiza a transmissão de informação de forma segura, completa e fidedigna. A consulta de procedimentos vigentes no serviço permitiu a melhor concretização de todo este processo.

A base da minha conduta regeu-se sempre pelo código deontológico (OE,2015a), não esquecendo que segundo o mesmo o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

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

Na UCI devido ao estado crítico do doente, a maior parte das vezes sedados, apesar disso houve sempre a preocupação da comunicação e interação com o mesmo na realização dos procedimentos invasivos e não invasivos. Identifiquei as perturbações emocionais (medo, ansiedade) do doente relacionadas com o processo de doença, prestando os esclarecimentos e apoio necessários.

Um dos maiores desafios com que me deparei durante o período de ensino clínico foi a comunicação com os doentes, a maioria ventilados, com alteração da comunicação verbal. O quadro clínico do doente desgasta as suas energias e altera a forma habitual de adaptação e capacidade de aprender e reter informação. Desta forma são os enfermeiros a ter a capacidade de desenvolver habilidades como observar e interpretar o comportamento não verbal da pessoa, pela expressão facial, o olhar e a linguagem corporal, assim como a repercussão hemodinâmica. Tive oportunidade de desenvolver técnicas de comunicação eficazes, como a postura e atitudes corporais, os gestos, o contacto visual, a voz, o silêncio, o toque, etc.

As práticas clínicas de enfermagem não se restringem ao cliente, abrangem também o contexto familiar, as relações significativas e o seu ambiente. O envolvimento da família

revela-se importante não só para a diminuição da ansiedade, mas também para permitir conhecer melhor a pessoa alvo de cuidados de Enfermagem, através da informação singular esta pode fornecer (MS, 2009).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica estabelece como unidade de competência, a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, bem como a gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2011b).

Na UCI existe uma norma de serviço relativamente ao acompanhamento das visitas. É o enfermeiro coordenador que acompanha sempre a visita quando esta entra na unidade. Embora, durante o estágio, tivessem ido familiares visitar os doentes internados, eu não tive oportunidade de presenciar a referida situação, pois estas são muito restritas, devido ao período pandémico que atravessamos.

Suporte Ventilatório

A VMI é uma das técnicas de suporte à manutenção das funções vitais da pessoa em situação crítica, com utilização de pressão positiva nas vias aéreas que de forma artificial promove a oxigenação e a ventilação dos doentes com insuficiência respiratória de qualquer etiologia (Cruz & Martins, 2019).

Lage e Silva, (2010), referem que o suporte ventilatório pode ser classificado em dois grupos, ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Enquanto na ventilação invasiva é utilizada uma prótese introduzida na via aérea, na ventilação não invasiva é utilizada apenas uma máscara como interface entre o doente e o ventilador.

O objetivo da ventilação mecânica é manter o doente, enquanto o transtorno patológico persistir, com a sua função respiratória conservada ao máximo e, em todo o caso, o tempo suficiente para poder tratar a causa que tenha originado a sua falência respiratória. Pretende-se então: melhorar as trocas gasosas, reverter a hipoxémia, atenuar a acidose respiratória aguda, compensar a dificuldade respiratória, diminuir o consumo de oxigénio relacionado com a respiração, reverter a fadiga muscular respiratória, evitar a progressão da lesão pulmonar e permitir a reparação dos pulmões e vias aéreas (Miguel & Mendes, 2020).

Após pesquisa bibliográfica, Marcelino (2008), e as explicações fundamentadas fornecidas pelo meu orientador e co-orientadores pude implementar intervenções de enfermagem, baseadas na melhor evidência disponível, tanto em situações de ventilação

mecânica invasiva como não invasiva. Assim como conhecer melhor diversos modos ventilatórios, que passo a enumerar:

Ventilação Mecânica Invasiva: IPPV (ventilação por pressão positiva intermitente), IPPV com autoflow assistida (o modo de pressão é convertido num modo adaptativo), PRVC (Pressão Regulada com volume Controlado), APRV (ventilação com pressão Positiva Bifásica), CPAP (Pressão Positiva Contínua na via aérea durante todo o ciclo respiratório).

Ventilação Mecânica não Invasiva: BiPAP (Bi-level positive airway), CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) e VNI com alto fluxo.

A minha experiência em VMI resumia-se ao que o ventilador de transporte e emergência – OXILOG 200 permite fazer, que é o usado no serviço onde trabalho.

Desta forma, o ensino clínico permitiu-me aprofundar conhecimentos na adaptação do modo ventilatório às necessidades da pessoa em situação crítica. Sistematizei a monitorização contínua da ventilação nomeadamente a monitorização da pressão inspiratória, relação inspiração/ expiração, fração inspiratória de oxigénio e volume corrente, ajuste de FIO₂. Estes parâmetros, juntamente com a avaliação gasimétrica e hemodinâmica, permitem a adaptação dos parâmetros ventilatórios às necessidades e conforto da pessoa em situação crítica submetida a ventilação invasiva.

Este EC permitiu-me compreender os modos diferentes de ventilar um doente com DPOC ou com síndrome de dificuldade respiratória aguda. Durante o estágio participei ativamente no que se refere ao manuseamento, manutenção da permeabilidade do Tubo Oro traqueal (TOT), verificação da pressão dos cuffs e prevenção de complicações relacionadas com o incorreto preenchimento do mesmo, procedendo a auscultação torácica e uso do cufómetro.

Ao longo do meu percurso tive sempre em consideração os conhecimentos e competências adquiridas no ensino teórico e pesquisa bibliográfica sustentada, desenvolvida na área da prevenção e controlo da infeção, o que me permitiu uma prestação de cuidados de qualidade.

Na VMI, tive a oportunidade de implementar as intervenções de enfermagem promotoras da prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV), resultante em altas taxas de morbilidade, mortalidade e acarretando elevados custos de cuidados de saúde.

As recomendações da DGS (2017c), assentam num “Feixe de Intervenções” que devem ser implementadas segundo o algoritmo clínico de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Indo de acordo com a referida norma e sempre que o estado do doente o permitia zelei por desempenhar as intervenções referidas:

- Implementei a elevação da cabeceira da cama de 30º a 45º;

- Realizei sempre que necessário a aspiração de secreções traqueo brônquicas em sistema aberto, com pré- oxigenação (FiO₂ a 100%) de forma asséptica, usando luvas esterilizadas e cumprindo todos os outros procedimentos assépticos; também executei aspiração pelo TOT em circuito fechado. De referir que observei e colaborei na aspiração contínua de secreções subglóticas;

- Realizei sempre que necessário e antes da manipulação do cuff a aspiração da sialorreia;

- Avaliei e mantive o cuff do tubo endotraqueal na pressão indicada (20 a 30 cmH₂O), monitorizado através do uso do cuffômetro, pelo menos uma vez por turno;

- Realizei a higiene da cavidade oral, após a aspiração traqueobrônquica e sialorreia, com cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos uma vez por turno, uma vez que a flora oral coloniza facilmente e as secreções contêm bactérias gram negativas, responsáveis pelo desenvolvimento de infeções respiratórias.

Ainda em relação à VMI também foram efetuadas as seguintes intervenções: troca do filtro e espaço morto diariamente; fixação e mobilização do TOT, alternando o lado da comissura labial e a passagem do fio de nastro acima ou abaixo da orelha com vigilância do aparecimento de úlceras de pressão, evitando manipulações desnecessárias e excessivas; despiste precoce de complicações associadas a VMI (hipo/hiperventilação, barotrauma, infeção, etc.); avaliação da adaptação do doente, tolerância em termos hemodinâmicos e valores gasimétricos -mediante a realização de gasimetrias arteriais e sua interpretação; apoio e informação ao doente.

A VMI não é isenta de riscos, sobretudo quando instituída por períodos desnecessariamente prolongados, pelo que abreviá-la deve ser uma prioridade, ponderando simultaneamente os riscos inerentes a um desmame precoce (Miguel & Mendes, 2020).

Considerando os riscos associados à VMI na pessoa em situação crítica, constatei e colaborei nos esforços desenvolvidos pela equipa no sentido de promover um processo de transição de ventilação mecânica para a ventilação espontânea, desmame ventilatório precoce e seguro, que evite a necessidade de reentubação endotraqueal. Assim, quando a causa que contribuiu para a descompensação respiratória e consequente necessidade de VMI está controlada ou resolvida, e não havendo instabilidade hemodinâmica, é promovida a redução até à suspensão da sedação, sendo propício a alteração para o modo ventilatório para Pressão Assistida, sendo esta reduzida gradualmente e em função de critérios objetivos até níveis compatíveis com teste de ventilação espontânea com recurso ao tubo em T (CHCB,2012c).

Sendo a pessoa em situação crítica elegível para teste de ventilação espontânea (acordada, com reflexo da via aérea intacto, com estabilidade hemodinâmica e respiratória), e após assegurar controlo adequado da dor, elevação da cabeceira da cama a 45% e garantir ausência de secreções brônquicas na via aérea, é explicado à pessoa o procedimento, esta é colocada em ventilação espontânea por peça em T, mantendo a FiO₂, e é feita apertada monitorização respiratória, hemodinâmica e gasimétrica no sentido de despistar precocemente alterações que possam surgir. Se a pessoa em situação crítica se manter estável ao longo do teste de ventilação espontânea, fica elegível para extubação endotraqueal e, não existindo outra contraindicação, o tubo endotraqueal será removido. Após a extubação é colocada máscara de Venturi e o adequado aporte de O₂, este vai sendo diminuído até atingir o FiO₂ ambiente (CHCB, 2012c).

Tanto a intubação, como a extubação endotraqueal são procedimentos da responsabilidade médica, nos quais o enfermeiro presta colaboração, devendo estar desperto para as possíveis complicações que possam surgir à posteriori. Colaborei na preparação e verificação de todo o material necessário em ambos os procedimentos. Tive a oportunidade de colaborar no processo de desmame ventilatório de doentes conforme o protocolo de desmame da UCI.

Monitorização Hemodinâmica e técnicas de substituição renal

Relativamente à monitorização hemodinâmica do doente na UCI do CHUCB é realizada a todos os doentes e continuamente, quer na unidade do doente, quer através da central de monitorização que recolhe os parâmetros dos doentes de modo ininterrupto dado à instabilidade clínica que é patente aos doentes internados, o que permite detetar precocemente alterações hemodinâmicas e prevenção de complicações. Todas as unidades do doente dispõem de um monitor com capacidade de monitorização de parâmetros invasivos e não invasivos como traçado eletrocardiográfico, FC, Frequência Respiratória (FR), saturação periférica de oxigénio, pressão arterial invasiva e não invasiva, pressão venosa central, pressão intra-abdominal e temperatura corporal central e periférica.

Grande parte dos utentes da Medicina Intensiva acarreta mais do que uma patologia pelo que devo fazer referência à Insuficiência Cardíaca Aguda, assim como o Choque como mais frequentes. São das situações mais comuns no doente crítico em contexto de UCI e estão associadas a elevadas taxas de morbilidade, mortalidade e admissões/ readmissões hospitalares (Mendes, 2019).

Tal como refere Mendes (2019) a monitorização contínua da função cardiovascular é frequentemente necessária no doente crítico e fornece indicações importantes para o diagnóstico e orientação terapêutica dos mesmos. Esta monitorização relaciona-se com três diagnósticos de enfermagem principais, a alteração do débito cardíaco, alteração do volume de líquidos e alteração na perfusão dos tecidos. Todas as entidades clínicas capazes de comprometer o fornecimento e/ou utilização de oxigénio, podem conduzir a um estado de choque. Assim, em função da causa, podemos ter: choque hipovolémico, choque cardiogénico, choque obstrutivo e choque distributivo (Mendes,2019).

Atualmente, há tecnologias disponíveis que permitem realizar uma monitorização efetiva da função cardíaca, de forma não-invasiva ou minimamente invasiva, cuja análise e interpretação foi iniciada e otimizada ao longo do período de estágio.

Métodos não invasivos: todos os doentes na UCI, estão sob monitorização e vigilância de SpO₂, FR, FC, traçado cardíaco, neurológica (avaliação pupilar, e Escala de Glasgow (GCS), temperatura axilar, características da pele (cor, humidade, temperatura), dor, glicémia, agitação/sedação, diurese (sonda vesical, uriméter), recurso ao índice bispectral (BIS) e monitorização de capnografia.

Contactei com todos estes métodos de monitorização não invasiva, sabendo interpretar cada um deles e como a alteração de cada um vai influenciar no estado hemodinâmico do doente. O BIS não tive oportunidade de o ver colocado em nenhum doente, pelo que me obrigou a uma pesquisa da literatura relativamente a este assunto.

Métodos minimamente invasivos: A monitorização através do monitor Edwards presente na UCI, permite avaliar continuamente os parâmetros hemodinâmicos através de uma Linha Arterial (LA) e um Cateter Venoso Central tais como: o débito (DC) e o índice cardíaco, o volume sistólico, a variação do volume sistólico, o índice de volume sistólico, a resistência vascular sistémica e o índice de resistência vascular sistémica. Dá informações clínicas sobre a oferta de O₂ aos tecidos ajustando a pré-carga, a pós carga e a contractilidade. Permite a avaliação do estado do doente e a determinação da necessidade e da adequação da terapêutica (Edwards, s/d).

Tive oportunidade de ver colocar o monitor Edwards em duas situações de choque. Uma num doente com choque séptico e outra num doente com choque cardiogénico. Colaborei ativamente na colocação do acesso venoso (CVC) e arterial (na artéria femural) assim como estive atenta a todas as ligações necessárias. Compreendi a execução da termodiluição necessária para o seu correto funcionamento. Para isso contribuíram todos os ensinamentos dados pelo meu orientador. Aprofundei conhecimentos sobre esta temática em pesquisas bibliográficas.

A pressão arterial invasiva através de LA foi uma constante em todas as pessoas a quem prestei cuidados. Está indicada em situações de instabilidade hemodinâmica, comprometimento do DC e/ou equilíbrio hidro eletrolítico (Alves & Sampaio, 2020). A LA permite a avaliação da PA em tempo real, monitorização imediata de alterações, colheitas de sangue para estudos laboratoriais e gasimetria. Para manter a viabilidade da LA é importante manter a assepsia do local de inserção assim como na manipulação do mesmo para execução de colheitas. Para além disso mantive vigilância do comprometimento vascular do membro e cuidados de assépsia na vigilância e realização do penso de acordo com protocolo em vigor na unidade.

A Pressão Venosa Central (PVC) refere-se á pré-carga do ventrículo direito, ou seja, a capacidade de enchimento do ventrículo direito no final da diástole. Uma medida hemodinâmica determinada pela interação entre o volume intravascular, função do ventrículo direito, resistências vasculares periféricas e pressão intratorácica (Ponce, 2019). A monitorização da PVC permitiu-me compreender como: se orienta a reposição de líquidos, avaliar o impacto de diuréticos (diminuição/ sobrecarga hídrica), avaliar o retorno venoso e assim retirar elações sobre a evolução clínica do doente e sobre plano de cuidados a executar de forma a melhorar o estado geral. Durante a manipulação para avaliação da PVC mantive os cuidados inerentes à manipulação de CVC quer a nível de assepsia, quer a nível de prevenção de embolia gasosa.

A pressão intra-abdominal (PIA) é importante para despistar a síndrome compartimental abdominal resultante de disfunção progressiva dos órgãos e sistemas do organismo devido a um aumento agudo da PIA. Este aumento pode provocar complicações distúrbios cardiovasculares, respiratórios, esplênicos, renais e do sistema nervoso central, alterações gastrointestinais e hepáticas (Prado et al., 2005).

Tive a oportunidade ajudar a avaliar a PIA num doente pós cirúrgico e perceber como todo o sistema de monitorização funciona. Colaborei na colocação do transdutor ao nível da crista ilíaca do doente e fiz o zero do sistema, para avaliar a PIA corretamente.

A monitorização hemodinâmica requer meios e equipamentos específicos que incluem os cateteres referidos, transdutores e mangas de pressão, soro fisiológico, cabos e módulos de monitorização. Para a avaliação de qualquer pressão invasiva, deve-se colocar o transdutor ao nível do eixo flebostático (aurícula direita) e a manutenção da pressão da manga a 300 mmHg para evitar a coagulação na linha e o refluxo de sangue. Outro aspeto fundamental é a calibração do transdutor para produzir uma pressão de referência numa linha de base igual a zero. Tive a oportunidade ao longo deste EC de operacionalizar todos

estes sistemas assim como fazer os zeros dos mesmos para que os dados fornecidos fossem fidedignos.

A Lesão Renal Aguda (LRA), outra patologia comum nos cuidados intensivos surge habitualmente num contexto de falência multiorgânica e incrementa consideravelmente a mortalidade. Segundo Mendes e Ponce (2015, p.255), a LRA ocorre em “(...) um terço a dois terços de todos os doentes numa unidade de cuidados intensivos, 5-10% dos doentes numa UCI vêm a ser tratados por uma técnica depurativa.”

Relativamente as técnicas de substituição renal, no início do estágio, tive a oportunidade de contactar com uma doente que estava a fazer Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (CVVHDF), alternando com Hemofiltração veno-venosa contínua. Os processos são semelhantes, mas na CVVHDF há a adição de infusão de líquido de diálise à técnica.

Estas Técnicas de Substituição Renal (TSR) são utilizadas para restabelecer o equilíbrio dinâmico do organismo, durante a disfunção/falência renal, com indicação para remoção de líquidos, remoção de solutos e correção de desequilíbrios eletrolíticos e ácido-base, por meio de quatro princípios, difusão, osmose, ultrafiltração e convecção. De entre as diferentes técnicas de substituição da função renal, o médico deve escolher aquela que mais se adequa ao estado clínico do doente e não da doença em si, de forma a garantir a homeostasia metabólica, impedir a sobrecarga hídrica e prevenir a falha de outros órgãos. (Pinheiro & Madureira, 2020). Segundo os mesmos autores a modalidade usada maioritariamente é a CVVHDF, é um método de substituição renal contínuo, extracorpóreo, onde se combina a técnica de depuração por convecção com um elemento de difusão (diálise).

O serviço tem capacidade para realização de técnicas dialíticas contínuas com recurso ao monitor de técnicas dialíticas OMNI da Braun que pode ser deslocado para qualquer unidade do serviço. Tive a oportunidade de ajudar a aplicar o circuito que a máquina de técnica dialítica dispõe. É uma atividade complicada, mas com a ajuda do meu orientador o processo tornou-se mais perceptível. Foi necessário, também, da minha parte a pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos a este nível. Tão importante quanto o contacto com os monitores de técnicas dialíticas e com as técnicas dialíticas em si, foi importante o contacto com os acessos vasculares necessários, e aos cuidados à manutenção da sua permeabilidade e prevenção da infeção da corrente sanguínea.

Necessidades Especiais de Alimentação Artificial

A nutrição deve ser encarada como parte integrante do plano de tratamento do doente, em especial do doente crítico. Estes doentes estão associados a situações de stress catabólico, apresentando uma resposta inflamatória sistémica que agrava o estado nutricional. Esta situação pode levar a um aumento do tempo de internamento e da mortalidade (Taylor et al., 2016).

Segundo Rocha e Passos (2020) a problemática da desnutrição agravada durante o internamento hospitalar é pertinente. A equipa de saúde deve assumir os diferentes papéis, desde o rastreio nutricional, passando pelas atitudes preventivas e de tratamento, assim como a instituição de um suporte nutricional artificial adequado.

A via entérica para administração de nutrição artificial é um método eficiente de administrar nutrientes a determinados doentes, promovendo a manutenção da integridade da barreira intestinal. Comparativamente com a nutrição parentérica, a nutrição entérica é mais fisiológica, prática, barata e com menos possíveis complicações. Colabora na prevenção da atrofia da mucosa intestinal, na preservação da integridade da flora intestinal (Lewis et al., 2016).

Foi possível ao longo do estágio cimentar conhecimentos e práticas no que se refere à nutrição, implementando na prática intervenções adequadas a doentes com necessidade de terapia nutricional entérica (por sonda nasogástrica) com administração contínua em bomba infusora de acordo com o Procedimento Operativo (CHCB, 2015) e assim como a nutrição parentérica (NPE) contínua em CVC (CHCB, 2016d) seguindo as orientações destes protocolos anunciados e existentes na UCI.

Neste campo efetuei intervenções relacionadas com a via de administração (introdução, manutenção, fixação e renovação da sonda); a administração - verificação de resíduo/estase gástrica, confirmação da posição da sonda; fórmulas nutricionais (poliméricas e oligoméricas) e evolução do aporte calórico. Tive ainda oportunidade de facilitar o esvaziamento gástrico e prevenção do risco de aspiração elevando a cabeceira a 30-45°, efetuar higiene oral uma vez por turno; despistar e controlar complicações como a regurgitação e aspiração pulmonar, distúrbios gastrointestinais, obstrução da sonda e alterações glicémicas com vigilância das mesmas.

A NPE é um conjunto de ações que permite prevenir ou tratar a desnutrição fornecendo ao organismo os nutrientes necessários (calorias, gorduras, proteínas, água, eletrólitos, vitaminas e oligoelementos) por via endovenosa, quando a alimentação por via oral ou enteral é intolerada ou insuficiente e prevenir complicações (CHCB, 2016d).

Em relação à NPE, foram desenvolvidas intervenções inerentes à manutenção da via de administração (permeabilidade do cateter e prevenção de infeções do acesso venoso); ao conhecimento das fórmulas (bolsas pré-preparadas e preparações individualizadas); à preparação e administração; à vigilância e controlo de complicações (sépticas, Embolismo, arritmias, trombose, alterações glicémicas).

Também a NPE já vem preparada e devidamente acondicionada dos serviços farmacêuticos. Precedi à preparação de todo o sistema de administração, como colocação de filtro com a sua otimização nas bombas infusoras. Todos os sistemas de administração devem ser trocados a cada 24 horas (CHCB, 2016d). Sempre tive o cuidado de confirmar se a fórmula que estava em curso correspondia à prescrição e na vigilância das mesmas em conjunto com o tutor avaliamos o perfil glicémico para eventual necessidade de comunicar ajustes ao médico assistente de forma a complementar todo o processo de vigilância, na vigência da prestação de cuidados com base na melhor evidência possível.

Gestão da dor e sedação/agitação na pessoa em situação crítica.

A dor é considerada como o “5º Sinal vital” e por isso, a DGS cria como norma de boa prática, que a avaliação e registo da intensidade da dor sejam feitos com recurso a instrumentos específicos, de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, por forma a otimizar as estratégias terapêuticas, e a maximizar a qualidade de vida do doente (DGS, 2008).

A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, tendo impacto no estado geral do indivíduo. Por este motivo, a gestão da dor torna-se essencial, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas (Teixeira & Durão, 2016). Assim sendo a abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional (DGS, 2008).

Na UCI em particular, e no caso dos doentes sedoanalgesiados é crucial o reconhecimento de sinais de dor, assim como de fatores de alívio ou agravamento, efetuando a seleção do instrumento de avaliação adequado ao doente.

É essencial a avaliação sistemática e regular da dor da pessoa em situação crítica com planeamento e implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio e controlo da dor. Caso o doente esteja consciente e orientado explica-se ao doente e a avaliação é feita uma vez por turno e ainda sempre que se justificar, ou seja, sempre que

este manifeste dor (CHCB, 2016e). Quando estes doentes estão impossibilitados de autoavaliar a intensidade da dor sentida a avaliação deve ser objetivada a expressão facial, tónus dos membros superiores e adaptação à ventilação, são avaliados na escala comportamental como a Behavioral Pain Scale (BPS), usada em doentes sedados e com ventilação mecânica na UCI. A expressão facial é o item que mais contribui para a avaliação da dor, seguida de movimentos dos membros e da aceitação da ventilação. São comportamentos de dor: um fâcies que não esteja relaxado, uma testa franzida, rigidez, retração, pálpebras cerradas apertadas, nariz franzido, lábio superior levantado, verbalização e punhos cerrados. A aceitação da ventilação mecânica pode ser afetada por hipoxemia, broncoespasmo, presença de secreções.

A avaliação da dor a doentes inconscientes ou sedados é um processo novo, que sendo diferente exigiu empenho da minha parte. Avaliei a dor do doente de forma sistemática e regular recorrendo às escalas de avaliação da dor. Aliviei a mesma, recorrendo essencialmente a medidas farmacológicas conforme prescrição médica. A maior parte dos doentes são analgesiados com perfusões, mais frequentemente de fentanil®.

Foi, sempre que possível, dar um suporte emocional ao doente através do toque terapêutico, promoção do conforto que promove a tranquilidade física e bem-estar corporal. Para além disso recorri a massagem terapêutica, a presença junto da pessoa, esclarecimentos e prestação contínua de informações (quando isso era possível), entre outras. Posicionamento, alívios de zonas de pressão, fixação confortável dos dispositivos invasivos, cuidados com aspirações de secreções, minimização de ruídos desnecessários, manutenção de uma rotina de atividades de cuidados que promovam um sono de qualidade, são exemplos de medidas não farmacológicas que podem diminuir significativamente o desconforto das pessoas em cuidados intensivos apontadas pela evidência científica.

As terapêuticas que administrei com maior regularidade na UCI, para analgesia/sedação para controlo da agitação e dor, foram o fentanil e o propofol em perfusão contínua, muitas vezes em utilização combinada, assim como a dexmedetomidina. Este é um novo fármaco, sedativo seletivo com propriedades ansiolíticas e analgésicas. Este permite uma sedação com mínimos efeitos na depressão respiratória. Tem aumentado a tolerância à ventilação mecânica e tem suavizado a transição para a ventilação espontânea e extubação (CHCB, 2017).

Houve também oportunidade de administração de analgesia por cateter epidural num doente pós cirúrgico, bem como os cuidados inerentes ao manuseamento do cateter sempre de acordo com as normas de medidas de controlo das IACS.

O nível desejado de sedação deverá ser definido no início da terapêutica e reavaliado regularmente à medida que a situação clínica se altera. A sedação é um processo dinâmico determinado pela condição da pessoa em cada momento e deve ser ajustado sempre em concordância com a evolução clínica. Existe no serviço o procedimento operativo de Sedação/Analgesia (CHCB ,2016f) que foi consultado para o melhor conhecimento de todo processo. Com a ajuda do meu orientador procedi a ajustes da terapêutica sedativa tendo em conta a situação clínica do doente.

De acordo com a prevenção das IACS na UCI os sistemas de perfusão e conectores são mudados 72/72 horas, embora os de administração de Propofol[®] sejam substituídos a cada 12 horas. Procedi á mudança dos mesmos de acordo com os protocolos vigentes.

No que respeita á restante terapêutica medicamentosa, durante o estágio, tive o cuidado de me orientar por princípios de segurança na administração de terapêutica, de forma a garantir a segurança do doente e prevenir acidentes. Para administrar um medicamento com segurança e eficiência, principalmente num contexto de instabilidade do doente e grande complexidade dos fármacos utilizados para o seu tratamento, procurou-se aprofundar o conhecimento específico sobre a farmacocinética (absorção, distribuição, biotransformação e excreção) e farmacodinâmica (efeitos fisiológicos dos fármacos no organismo, mecanismos de Ação, dose terapêutica e tóxica), indicações e contra-indicações, técnica de preparação e administração, biocompatibilidades, posologia, efeitos adversos. No intuito de maximizar a segurança, houve preocupação de rever “cinco certos” (medicamento certo, paciente certo, dose certa, via de administração certa e horário certo) antes da preparação/administração da medicação. (CHCB, 2016a).

E.2 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) são adquiridas pelos utentes em consequência de cuidados e procedimentos prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício das suas atividades em contexto profissional (DGS, 2007). A DGS refere no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de IACS, que a UCI é um local onde as pessoas se tornam vulneráveis às múltiplas infeções devido à utilização de procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes. Um em cada quatro doentes internados numa UCI tem o risco acrescido de adquirir uma IACS (DGS,2007).

No CHUCB existe um Grupo de Coordenação Local do Programa de PPCIRA. Este grupo implementou a Estratégia Multimodal das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI).

Segundo a DGS, as PBCI traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada e incidem sobre 10 padrões de qualidade, que passo a enumerar: avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de EPI; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017c).

Verifiquei ao longo do ensino clínico que as normas de controlo de infeção são seguidas, existindo por exemplo a triagem de lixos e a assepsia na prestação dos cuidados a qual é exigida e é sempre mantida, usando-se os produtos adequados aos procedimentos. A triagem dos resíduos é feita de forma correta nas salas de trabalho e nas unidades do doente, todo o material é individualizado.

Sendo as nossas mãos o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS, considero que no serviço existem pontos de lavagem e desinfecção das mãos, em número suficiente e adequados, com ativação através de sensor de movimento. Outro aspeto positivo prende-se com a existência de vários doseadores de solução alcoólica, colocados em sítios estratégicos ao longo do serviço, zonas críticas e semicríticas e em todas as unidades dos doentes.

Verifiquei também a existência de protocolo de substituição do material existente na unidade do doente, tal como: Os sistemas de O2, de aerossóis, de aspiração e os filtros bacteriológicos, são substituídos diariamente; os sistemas de perfusão e conectores são mudados 72/72 horas, embora os de administração de Propofol® sejam substituídos a cada 12 horas; os sistemas de administração de alimentação entérica e parentérica são substituídos a cada 24 horas; as traqueias dos ventiladores, os uriméteres, os sistemas de avaliação de PIA são substituídos de 8 em 8 dias. Procurei dar relevo às boas práticas em cuidados de saúde e contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados prestados através da prevenção e implementação de medidas de controlo das IACS. Enquanto futura enfermeira especialista compete-me planear estratégias de forma a maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante o utente em situação crítica e/ou falência orgânica, face à situação vivenciada. Para tal, houve necessidade de rever conhecimentos

científicos e consultar as normas e protocolos existentes no serviço, na área da prevenção e controlo das IACS (CHCB, 2016b).

Resumindo, em relação a cada doente especificamente e à prestação de cuidados individualizada procurei atuar de acordo com as normas do GCLPPCIRA demonstrando conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, no que respeita à prevenção de infeções associadas a entubação endotraqueal, como a prevenção da PAV (já abordada na VMI), ao cateterismo vesical, cateterização intravascular, cateterização central, local cirúrgico, colheitas de produtos para microbiologia e à separação de resíduos hospitalares.

Para manter a prevenção da infeção hospitalar existe em cada unidade do doente o mínimo de material, dentro do necessário, mais usado na prestação de cuidados o que evita deslocações repetidas dos profissionais a outros locais e a individualização de todo o material nomeadamente do estetoscópio.

Para um acompanhamento mais apertado de qualquer evento que possa surgir, todos os doentes internados na unidade em questão efetuam, estudos microbiológicos, na entrada e sempre que o seu estado clínico o justifique. Pela equipa de enfermagem foi criada um impresso específico onde os enfermeiros registam e atualizam diariamente as colheitas realizadas pelos doentes internados e seus resultados. Outro aspeto que considero importante é o uso de fardamento próprio na UCI por toda a equipa.

2.2.1 – Avaliação por Competências

Para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem especializada, pressupõe-se um envolvimento ativo no processo ensino/aprendizagem por parte do aluno, por forma a adquirir as competências específicas esperadas (ESSV,2020).

E.1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como de doença crónica e/ou paliativa

No início do estágio, preocupei-me com a aquisição, aprofundamento de conhecimentos e competências para dar resposta aos doentes críticos internados. Foi um grande desafio, pois procurei ao máximo cuidar da pessoa na sua singularidade, envolvida num mundo de tecnicismo da qual a sua vida está dependente. Selecionei, fontes de

informação relevantes para a tomada de decisão e esclareci dúvidas com os orientadores. Baseei a minha praxis clínica especializada em evidência científica.

Relativamente aos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, posso afirmar que todos os doentes que de mim receberam cuidados ao longo deste período foram doentes críticos e todos apresentavam uma falência parcial ou completa de mais que um órgão. Sendo doentes em situação crítica, cabe ao enfermeiro cuidar deste tipo de doentes com conhecimento e rigor científico de modo a prestar cuidados de qualidade e estar de alerta a situações geradoras de instabilidade multiorgânica.

Ao longo do estágio desenvolvi um acréscimo de competências no cuidar da pessoa em estado crítico, sendo este um processo contínuo, adquiri capacidades e competências no que respeita a observação e antecipação de eventuais instabilidades clínicas. Colaborei na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica, desenvolvendo conhecimentos e habilidades múltiplas necessárias ao desenvolvimento do processo de Enfermagem, com especial ênfase para o reconhecimento e resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar o processo de transição saúde-doença, nomeadamente monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva, prestação de cuidados inerentes à manutenção de via aérea e ventilação mecânica. O contacto com os diferentes ventiladores existentes e os diversos modos ventilatórios adequados à situação clínica do doente crítico constitui-se de extrema importância a fim de avaliar as necessidades do mesmo, com base na sua adaptação ao ventilador, detetando e interpretando sinais de instabilidade e ainda observando sinais de recuperação com vista à extubação logo que fosse possível.

Através de pesquisa e investigação sobre a temática de ventilação invasiva tive oportunidade de me debruçar particularmente quanto aos modos Pressão Controlada, Pressão de Suporte e Pressão Regulada com Volume Controlado. Ainda pude efetuar manobras de recrutamento alveolar manualmente e aplicar conhecimentos que já possuía sobre dispositivos de ventilação não invasiva.

A monitorização hemodinâmica no doente crítico é fundamental, dado que o equilíbrio metabólico orgânico e celular é assegurado pelo adequado aporte de oxigénio aos tecidos e pela remoção dos detritos metabólicos, ou seja, pelo apropriado funcionamento do sistema circulatório. Na UCI a instabilidade hemodinâmica é muito frequente, deste modo, ao longo do estágio, entendi que o processo de monitorização hemodinâmico inclui a deteção, controlo e interpretação dos sinais, para que as avaliações das variáveis

fisiológicas sejam eficazes. No doente crítico, a informação preferencial da monitorização hemodinâmica deve ser contínua e incluir parâmetros relacionados com a função cardíaca, como o débito cardíaco, a pressão de enchimento ventricular esquerdo, a resistência vascular sistémica, o volume sistólico, a variação do volume sistólico, entre outros. A monitorização de todas estas variáveis exigiram de mim a sua interpretação, análise crítica, implementação de medidas com vista aos resultados esperados. Sendo para isso necessário ajustar doses de drogas vasoativas, o volume de fluidos fornecido ao doente, e o nível de sedação.

Esta foi uma das principais dificuldades que encontrei, o compreender a monitorização hemodinâmica invasiva do doente crítico. No entanto, reuni vários esforços no sentido de colmatar esta adversidade, nomeadamente a pesquisa bibliográfica e os ensinamentos do meu orientador, sempre baseados na evidência científica.

Quanto à temática da terapia de substituição da função renal contínua, que se revelou para mim uma novidade, constitui-se num fator bastante enriquecedor quanto ao meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me conhecer a dinâmica do procedimento desde a colaboração na colocação do cateter de diálise até à preparação do equipamento e material que envolve todo o sistema de tratamento extracorpóreo da função renal. Tive contacto com a modalidade de Hemodiafiltração veno-venosa contínua e hemofiltração veno-venosa contínua na qual participei ativamente em conjunto com o médico e o meu orientador na sua colocação e posteriormente na sua manutenção. Posso afirmar que colaborei, portanto, na prestação direta de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com necessidade destas duas técnicas de diálise.

No que diz respeito à terapêutica, uma vez que é o enfermeiro o responsável pela terapêutica que administra, é imperativo que este tenha conhecimentos específicos nesta área. As gamas de fármacos são semelhantes aos utilizados no SU, mas em perfusões contínuas e durante períodos alongados o que exigiu de mim uma constante atualização de informação no que respeita à classe, indicações, contraindicações e efeitos secundários. Necessitei, especialmente, de aprofundar conhecimentos sobre as drogas vasoativas, e os recetores adrenérgicos onde estas atuam. Como estas possuem efeito muito rápido e são dose dependentes são necessários ajustes constantes baseados na hemodinâmica do doente. Houve necessidade de fazer estes ajustes, constantemente, sob orientação atenta e prestativa do meu orientador.

Muitos dos doentes internados em UCI estão sob sedação, o que constitui um desafio para a avaliação da dor. Neste contexto, utilizei a Behavioral Pain Scale, uma escala

numérica de avaliação da dor no doente não comunicativo. Utilizei, menos frequentemente, a escala numérica para avaliação da mesma em doentes sem limitações na comunicação, devido á tipologia de doentes existentes no serviço. Fiz uma rigorosa observação das alterações comportamentais e fisiológicas do doente crítico, avaliando e registando a intensidade da sua dor. Além de administrar terapêutica analgésica prescrita, avalei o resultado das minhas intervenções e tentei, sempre, encontrar estratégias não farmacológicas adaptadas às características individuais do doente.

No que concerne à competência específica “assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais, gerindo a comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica...”, deparei-me com uma realidade diferente da minha, pois no serviço onde presto cuidados os doentes estão conscientes e comunicam oralmente na maioria das situações sem limitações físicas impostas. Na UCI a maioria com que contactei estavam sedados e ventilados. Este facto, dificulta o desenvolvimento da capacidade mais importante do enfermeiro: a comunicação. Ao observar os diversos enfermeiros, ao longo do Estágio foi-me possível desenvolver capacidade de comunicação com o doente ventilado e sedado, contribuindo assim para uma relação de ajuda mais forte e mais próxima, assente na confiança profissional. Enquanto estratégias promovi a relação de ajuda, escuta ativa dos medos, procurando esclarecer todos os procedimentos que fui realizando. Promovi o toque terapêutico de forma a reduzir a ansiedade e melhorar a sensação de bem-estar.

Não me foi possível prestar cuidados de enfermagem à família, agindo como figura de confiança no ato de cuidar. A pandemia trouxe à tona cenários inéditos na vida de milhares de doentes internados e estes, tiveram o infeliz encargo de viver suas vulnerabilidades, sem a presença da família. Embora se tenham proporcionado visitas de familiares aos doentes internados na UCI durante o meu estágio, eu não tive oportunidade de presenciar nenhuma delas.

No decorrer deste EC vivenciei situações fruto de dilemas éticos refletindo posteriormente em equipa sobre o prolongamento da vida em detrimento da promoção de conforto num doente que não tem condições de melhoria clínica e, portanto, incompatível com a mesma.

Conforme acima descrito, considero que a competência específica foi totalmente atingida.

E.2 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou

paliativa face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A infeção, além de se considerar uma questão de interesse público, constitui a principal causa de morbilidade e mortalidade hospitalar, sendo por isso, um dos principais motivos dos elevados custos de internamentos hospitalares (DGS, 2017c).

o facto de a UCI apresentar doentes com diversos dispositivos invasivos, com necessário manuseamento e alta probabilidade de infeção, nomeadamente, cateteres venosos centrais, linhas arteriais, cateteres urinários, ventilação mecânica invasiva, drenos e pensos cirúrgicos, cateteres de hemodiálise, entre outros. Existe uma notória preocupação em adotar formas de trabalho que contribuam para a vigilância e controlo desses microrganismos resistentes. Orientei a minha prática pelo cumprimento das normas emanadas pelo PPCIRA, tendo em conta a evidência científica e a vulnerabilidade dos doentes que estão internados na UCI face à possibilidade de infeção cruzada.

Tive bastante preocupação e rigor em manter as medidas de prevenção e controlo de infeção nomeadamente na correta lavagem, baseada nos cinco momentos preconizados, e desinfeção das mãos com a SABA, que se encontra distribuída por diversos locais estratégicos no serviço, entre os quais junto ao leito de cada doente. No âmbito da aspiração de secreções e no contexto da prevenção da PAV, tive a oportunidade de contactar com sondas de aspiração de circuito fechado e dei especial ênfase á higiene oral.

Além disso, tive ainda possibilidade de ler e analisar com o enfermeiro orientador a documentação protocolada para a UCI no que concerne à prevenção e controlo de infeção.

Conforme o exposto, considero que a competência específica foi totalmente atingida.

E.4 – Demonstra conhecimentos sobre os procedimentos na resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção á ação

Foi uma mais-valia em termos de conhecimento de atuação, operacionalidade e funcionalidade de um plano de emergência, que abordamos em sala de aula, destacando a pertinência desta temática em fase pré-ensino clínico e como parte integrante das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Numa UCI, onde permanecem doentes críticos, a evacuação constitui-se um processo logístico complicado, pois associada a ela estão envolvidos um elevado número de

meios humanos e materiais, assim como a presença de riscos relacionados com a segurança dos clientes. Ao longo do Estágio desenvolvido na UCI, abordei e discuti a temática de catástrofe com o enfermeiro orientador. Foi-me possível consultar o plano de emergência interno que se encontra visível na intranet, assim como também foi possível discutir as alterações a ter em linha de conta em caso de catástrofe e emergência multi-vítima. Todas as hipóteses discutidas foram baseadas em casos fictícios, uma vez que não ocorreu qualquer situação de catástrofe ou emergência multi-vítima durante o decorrer do Estágio.

Conforme acima descrito, considero que a competência específica foi totalmente atingida, ainda que não tenha presenciado qualquer evento de situação de catástrofe e/ou multi-vítima.

Parte III - Investigação

Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma Emergência Médica e constitui uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A evidência demonstra que a prestação de cuidados de saúde no AVC isquêmico de forma organizada e alicerçada nas recomendações científicas, tem impactos clínicos positivos. O principal objetivo deste estudo é avaliar os diferentes procedimentos de atuação nos doentes incluídos no protocolo da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar e esses doentes.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e retrospectivo. A população alvo do presente estudo foi constituída pelos doentes que recorreram ao Serviço de Urgência de um Hospital distrital da região centro de Portugal e que foram classificados com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral e Trombose no período compreendido entre 01 de janeiro e 23 de outubro de 2019.

Resultados: Na amostra de 99 doentes a média de idades foi de 74,31 anos, O AVC isquémico foi o mais prevalente (67,7%; n=65). Cerca de (94.6%; n=87) dos doentes apresentavam comorbilidades e 88,4% (n=84) cumpriam medicação. O fator de risco cardiovascular mais prevalente foi a hipertensão arterial, seguindo-se a Diabetes mellitus e a dislipidemia. Os tempos assistenciais médios foram: tempo porta-Médico 17,43 minutos; tempo porta-TAC 29 minutos; e tempo porta-agulha 72,14 minutos. A taxa de fibrinólise foi de 12,3% (n=8).

Conclusão: Com base nos resultados observados, podemos inferir que os tempos assistenciais são superiores aos recomendados internacionalmente. Constata-se, igualmente que, apenas, 12,3%(n=8) dos doentes foram elegíveis para fibrinólise. A idade avançada dos doentes com patologia isquémica e a elevada presença de comorbilidades poderão ter influenciado os critérios de inclusão/exclusão para fibrinólise. Estes estudos podem e devem contribuir para identificar cenários de melhoria e otimizar a qualidade na abordagem e tratamento do AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Serviço Hospitalar de Emergência; Cuidados de Enfermagem; Fibrinólise

Abstract

Introduction: Cerebrovascular accident is a medical emergency and constitutes an important cause of morbidity and mortality throughout the world. Evidence shows that the medical care provided for ischemic stroke, when done with organization and bound to scientific recommendations, has positive clinical impact. The main objective of this study is to evaluate different acting procedures in patients that are included in the code stroke protocol, so we can improve the medical care provided to these patients.

Methods: Quantitative, correlational-descriptive and retrospective analysis. The target population of the present study is made up of patients that went to the emergency room of a Hospital located in the center region of Portugal and were diagnosed with cerebrovascular accident and thrombosis between January 1st and October 23rd, 2019.

Results: The average age of the 99-person sample was 74.31 years old. Ischemic stroke was the most prevalent (67,7%;n=65). Around (94,6%;n=87) of the patients presented comorbidities and (88,4%;n=84) took medication regularly. The most prevalent cardiovascular risk factor was arterial hypertension, followed by Diabetes Mellitus and dyslipidemia. The average care times were: door-doctor: 17.43 minutes; door-CT time: 29 minutes and door-needle time: 72.14 minutes. Fibrinolysis rate was 12,3%.

Conclusion: Based on the observed results, we can conclude that care times are superior to those recommended internationally. It is stated that only 12,3%(n=8) of the patients were electable for fibrinolysis. The advanced age of patients with ischemic illness and the high presence of comorbidities may have influenced the inclusion/ exclusion criteria for fibrinolysis. These studies can, and should, contribute to identify improvement scenarios and optimize the quality of the approach and treatment of cerebrovascular accident.

Key words: Stroke, Emergency Service, Hospital; Nursing Care; Fibrinolysis

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um problema global de saúde pública, provocando, como nenhuma outra doença, disfunção cognitiva e incapacidade funcional que perdura para o resto da vida (Johnson et al., 2019). Em Portugal, a incidência do AVC é uma das mais altas dos países europeus e é a principal causa de mortalidade no país (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). Considerando a elevada mortalidade e as sequelas resultantes do AVC, o reconhecimento precoce dos sintomas e a agilidade de atendimento nos serviços de urgência contribuem para melhores prognósticos (Culleré, 2019).

O AVC define-se como uma doença cardiovascular causada pela interrupção do fornecimento de sangue para o cérebro, provocado por um dano num vaso sanguíneo (AVC hemorrágico); ou por um coágulo que bloqueia a circulação (AVC isquémico) (Jauch et al., 2013). O objetivo primordial do tratamento do AVC isquémico é a recanalização e a reperfusão da penumbra isquémica com dois tipos de tratamento: a fibrinólise endovenosa e a trombectomia mecânica em pacientes selecionados (Hurford et al., 2020).

A terapêutica de eleição na fase aguda do AVC isquémico é a fibrinólise, por administração intravenosa do ativador do plasminogénio tecidual (rt-PA) (Jauch et al., 2013). Contudo a sua eficácia é tempo-dependente exigindo que o mesmo não ultrapasse a janela terapêutica das 4,5 horas após o início dos sintomas, momento a partir do qual os riscos da terapêutica de reperfusão ultrapassam os seus benefícios (Powers et al., 2018). A trombectomia endovascular ou mecânica consiste na remoção do trombo, em grandes artérias, sob orientação de imagem. É uma técnica recentemente incorporada na prática clínica e anuncia uma nova era no tratamento agudo do AVC isquémico, sendo a sua eficácia incomparável com qualquer terapia anterior no tratamento do AVC isquémico (Evans et al., 2017).

Como já foi referido, todas as intervenções na fase aguda do AVC têm impacto prognóstico e quanto mais atempadas forem, melhores serão os resultados (Boulanger et al., 2018). Com base nesta premissa, o Ministério da Saúde Português aprovou, em 2001, as recomendações para o desenvolvimento da via verde AVC e para a implementação das unidades de AVC (DGS, 2001). Em 2017 foi publicado pela Direção Geral da Saúde (DGS) um documento orientador sobre a via verde AVC e que salienta que deve existir uma estratégia organizada para a sua abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado nas fases pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalares (DGS, 2017b).

O principal objetivo desta estratégia organizada é conseguir que todos os doentes com AVC isquémico agudo cheguem a um hospital de forma rápida e segura, tenham acesso a um diagnóstico precoce e a tratamento fibrinolítico dentro da janela terapêutica em doentes selecionados (Apêndice III) (Siarkowski et al., 2020). A via verde intra-hospitalar corresponde ao conjunto de procedimentos levados a cabo após a chegada do doente ao hospital e tem como principal objetivo a rápida avaliação clínica e a realização de exames laboratoriais e imagiológicos que permitam o estabelecimento de um diagnóstico e, quando indicado, a instituição de tratamento fibrinolítico (Leal, 2019). As recomendações internacionais apontam que o tempo decorrido desde a entrada do doente no hospital até à avaliação clínica por um especialista não seja superior a 10 minutos, o tempo até à conclusão da Tomografia Axial computadorizada (TAC) não ultrapasse os 20 minutos e que o total do tempo entre a chegada do doente ao hospital e a realização de fibrinólise não seja superior a 60 minutos (Powers et al., 2018; Warner et al., 2019).

Como já foi referido, todas as intervenções na fase aguda do AVC têm impacto prognóstico e quanto mais atempadas forem, melhores serão os resultados (Abilleira et al., 2019). Desta forma, o papel do Enfermeiro assume-se como determinante na ativação rigorosa, rápida e eficaz do protocolo da Via Verde AVC intra-hospitalar, assim como desempenha um papel fundamental em todas as fases do seu processo assistencial (Pereira et al., 2017). Todas as estratégias enumeradas anteriormente contribuem para otimização do tratamento ao doente com AVC, no entanto, ainda existe margem para melhoria, nomeadamente no aumento da investigação nesta área.

Os objetivos do presente estudo foram (1) analisar os diferentes procedimentos de atuação nos doentes incluídos no protocolo da Via Verde AVC e (2) comparar os dados obtidos com as *guidelines* internacionais.

3 – Fase Metodológica

Uma vez reunida toda a informação disponível na fase preliminar de pesquisa, respeitante ao enquadramento da temática apresentada, surge agora a fase que dará lugar a exposição e descrição metodológica aplicada no estudo. Pretendemos, desta forma, contribuir para uma melhor compreensão da sistematização e operacionalização dos procedimentos adotados no decorrer das várias etapas do mesmo. Este estudo foi redigido de acordo com as diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Vandenbroucke et al., 2007).

Métodos

Desenho de estudo

O presente estudo apresenta uma metodologia quantitativa de forma a recolher e tratar os dados de forma sistemática, estabelecendo relações entre variáveis com o intuito de ir de encontro aos objetivos delineados. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e retrospectivo.

O estudo foi realizado no serviço de urgência geral de um hospital distrital e universitário da região centro de Portugal, o qual serve uma população residente de 87869 habitantes, distribuídos por uma área geográfica de 1374,56 Km².

Participantes

A população alvo do presente estudo foi constituída pelos doentes que recorreram ao Serviço de Urgência de um Hospital da região centro de Portugal e que foram classificados com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral e Trombose. Para certificar que todos os doentes incluídos respeitavam os critérios de inclusão foi definida como queixa na Triagem de Manchester o desvio da comissura labial e/ou disartria e/ou diminuição da força muscular num dos membros (escala de Cincinnati). Definiram-se ainda como critérios de inclusão doentes cuja via verde intra-hospitalar tenha sido ativada pelo enfermeiro da triagem ou pelo médico. A restante amostra foi excluída do estudo por não satisfazer este critério de

ativação da via verde AVC intra-hospitalar. A colheita de dados foi realizada no período compreendido entre 01 de janeiro de 2019 e 23 de outubro de 2019.

Variáveis

As variáveis estudadas (porta-Médico, porta-TAC e porta-agulha) constam das *guidelines* para o tratamento precoce do AVC isquêmico agudo (Jauch et al., 2013; Powers et al., 2018; Warner et al., 2019). As Recomendações Internacionais (Jauch et al., 2013; Powers et al., 2018; Warner et al., 2019) apontam no sentido de que o tempo decorrido desde a entrada no hospital até a primeira avaliação clínica (porta-Médico) não seja superior a 10 minutos, que o tempo até a conclusão da TAC (porta-TAC) não ultrapasse os 20 minutos e o tempo total entre a chegada do doente ao hospital e a realização da fibrinólise (porta-agulha) não seja superior a 60 minutos. Embora os 60 minutos seja o tempo fortemente recomendado (*golden hour*), a realização da fibrinólise pode ir até às 4,5 horas, considerando-se por isso dentro do tempo recomendado.

Relativamente às variáveis demográficas estudou-se o sexo, a idade, a proveniência dos doentes (meio rural ou citadino) e a distância entre o local do início dos sintomas e o hospital. No que diz respeito às variáveis clínicas pesquisaram-se os sintomas apresentados e os fatores de risco cardiovasculares. Nos doentes com AVC isquêmico foi observada a realização de fibrinólise ou os motivos da sua não realização. Relativamente às variáveis de contexto, pesquisou-se a hora de chegada ao serviço de urgência, a hora da primeira avaliação clínica, a hora da realização dos exames laboratoriais, a hora da realização da TAC, a hora da realização da fibrinólise (nos casos em que foi possível efetuar-la), e, se aplicável, dados relativos à transferência inter-hospitalar para realização de trombectomia. Deste modo foi possível determinar os tempos assistenciais: porta- médico, porta-análise, porta- TAC e porta agulha.

Instrumentos de recolha de dados

A colheita de informação clínica foi efetuada a partir de um programa de registos eletrónicos em saúde (Sclinic) tendo por base um instrumento de recolha de dados, construído pelo investigador especificamente para este efeito (Apêndice IV). A grelha de colheita de dados é um documento estruturado na qual constam variáveis

sociodemográficas, clínicas e de contexto. A recolha de informação fez-se omitindo a identificação dos doentes.

Análise estatística

A informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados foi objeto de tratamento estatístico. Os dados foram inseridos numa base de dados informatizada e processados no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Science* 24.0 (SPSS), tendo-se recorrido a métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas. A estatística descritiva incluiu uso das frequências absolutas e percentuais. Como medidas de tendência central, utilizámos a média e mediana e como medidas de dispersão utilizámos o desvio padrão e o coeficiente de variação.

Nas análises dos coeficientes de dispersão utilizámos os seguintes intervalos (Pestana & Gageiro, 2008): $CV \leq 15\%$ - Dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ - Dispersão média; $CV > 30\%$ - Dispersão elevada.

A relação entre variáveis qualitativas foi observada pelo teste Qui-quadrado. Considerou-se estatisticamente significativo um $p < 0.05$.

Para a apresentação e análise dos resultados recorreremos a tabelas, onde se expõem os dados mais relevantes. Para o efeito, omitimos o local, data e a fonte, uma vez que todos os dados foram obtidos através do instrumento de colheita de dados.

Considerações éticas

O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (Anexo II). Este estudo respeitou e preservou a confidencialidade de todos os dados e informações recolhidos. Todas as informações relativas aos indivíduos incluídos na investigação foram codificadas, tornando impossível a identificação dos mesmos. A isenção da obrigação para obter o consentimento dos doentes foi concedido.

4 - Resultados

O presente estudo obteve uma amostra de 271 doentes. Após aplicação dos critérios de inclusão a amostra resultou num total de 99 doentes. Destes, 44,5% eram do sexo Masculino e 55,5% do sexo feminino. A amostra incluída no estudo apresentam uma média de idades de 74,31 anos ($\pm 15,30$) e 87,3% (n=55) dos doentes são reformados. Constatou-se igualmente que 94,6% (n=87) dos doentes apresentam comorbidades e 88,4% (n=84) dos doentes fazem medicação habitualmente. Denota-se ainda que os doentes se encontram a uma distância média do hospital de 19,09 Km e recorrem normalmente ao SU transportados pela ambulância dos bombeiros (42,7%; n=32) seguido dos familiares e amigos (32,0%; n=24). A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) apenas socorreu (9,3%; n=7) dos doentes. Verificou-se, também, que 69,1% (n=67) dos doentes foram provenientes de meio rural.

Finalmente, no que respeita à escala de gravidade à chegada ao hospital, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), verificamos que os doentes apresentam uma média de score de 11,18 (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e NIHSS

Grupo Variáveis		Total	
		N (99)	% (100.0)
Sexo	Masculino	44	44,5
	Feminino	55	55,5
Idade	Média+-DP	74,31+-15,30	
	Mediana	79,00 (18-94)	
Profissão	Reformado	55	87,3
	Não Reformado	8	12,7
Antecedentes Pessoais	Sim	87	94,6
	Não	5	5,4
Medicação Habitual	Sim	84	88,4
	Não	11	11,6
Distância	ao	Média+-DP	19,09+-21,70

Hospital	Mediana	20,00 (2-49)		
Recorre Urgência	Serviço	Bombeiros	32	42,7
		Suporte Básico Vida	12	16,0
		VMER	7	9,3
		Familiares/amigos	24	32,0
Morada	Rural	67	69,1	
	Citadino	30	30,9	
NIHSS	Média+-DP	11,18+-7,15		
	Mediana	11,00 (1-29)		

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação; NIHSS- National Institute of Health Stroke Scale; DP – Desvio Padrão.

A tabela 2 relaciona as variáveis com o tipo de AVC. Verifica-se que os doentes do sexo masculino apresentam com maior frequência AVC hemorrágico (57,1%; n=4, enquanto as mulheres apresentam o Acidente Isquémico Transitório (AIT) como o tipo de AVC mais frequente (58,3%; n=14). Os sintomas mais comuns são o desvio da comissura labial, sendo este mais frequente no AIT (91,7%; n=22), seguido da perda força de um dos membros, mais frequente no AVC isquémico (78,5%; n=51) e dificuldade em falar, mais frequente no AVC isquémico (64,6%; n=42). Apenas se configuram diferenças estatísticas significativas nos sintomas: perda de força num dos membros ($p=0,004$), alteração do grau consciência ($p=0,040$) e perda de controle esfíncteres ($p=0,002$). No que concerne ao tempo de início de sintomas, o AVC com início inferior ou igual a 4,5 horas associa-se mais frequentemente ao AVC hemorrágico (83,3%). Por sua vez, o tempo de início de sintomas superior a 4,5 horas, associa-se maioritariamente ao AVC isquémico (49,2%).

Os enfermeiros da triagem foram os profissionais de saúde que mais vezes ativaram a via verde do AVC. O enfermeiro ativou 83,3% dos AVC hemorrágicos e AIT's e 76,2% dos AVC isquémicos. Já no que diz respeito aos fatores de risco, verifica-se que a hipertensão arterial (HTA) é o fator de risco mais frequente (62,5%; n=15) no AIT. O fator de risco Diabetes Mellitus (DM) é, também, mais frequente (37,5%; n=9) no AIT. A dislipidemia (30,8%; n=20), a Fibrilhação Auricular (FA) (29,2%; n=19) e obesidade (7,7%; n=5) estão mais presentes no AVC isquémico. Do total de doentes com AVC isquémico, apenas 18,5% (n=12) foram elegíveis para tromboectomia. O destino mais frequentemente observado dos doentes vítimas de AVC isquémico foram a Unidade de AVC (UAVC) (46,2%; n=30) e enfermaria (27,7%; n=18). Já os doentes vítimas de AVC hemorrágico tiveram como destino preferencial a UAVC (71,4%) e transferência para outra unidade (28,6%; n=2). Os doentes com AIT tiveram como destino a UAVC, alta para o domicílio e enfermaria (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis clínicas em função do tipo de AVC

Grupo Variáveis		Isquêmico		Hemorrágico		AIT		Total		p-value	
		N (65)	% (100.0)	N (7)	% (100.0)	N (24)	% (100.0)	N (96)	% (100.0)	X ²	p
Sexo	Masculino	29	44,6	4	57,1	10	4,7	43	44,8	0,527	0,768
	Feminino	36	55,4	3	42,9	14	58,3	53	55,2		
Sintomas	DCL	46	70,8	4	57,1	22	91,7	72	75,0	5,367	0,068
	Força1M	51	78,5	5	71,4	10	41,7	66	68,8	11,071	0,004*
	DF	42	64,6	4	57,1	12	50,0	58	60,4	1,599	0,449
	CIS	6	9,2	1	14,3	3	12,5	10	10,4	0,322	0,851
	AEqIS	2	3,1	0	0,0	2	8,3	4	4,2	1,541	0,463
	DescM	2	3,1	1	14,3	0	0,0	3	3,1	3,655	0,161
	AGC	7	10,8	3	42,9	2	8,3	12	12,5	6,457	0,040*
	AVS	3	4,6	0	0,0	0	0,0	3	3,1	1,477	0,478
	Perda Esf.	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	1,0	12,848	0,002*
	Conf. Mental	3	4,6	0	0,0	0	0,0	3	3,1	1,477	0,478
Tempo Início Sintomas	<= 4.5H	31	50,8	5	83,3	15	68,2	51	57,3	3,774	0,152
	>4.5H	30	49,2	1	16,7	7	31,8	38	42,7		
Via Verde Ativação	Enfermeiro Triagem	48	76,2	5	83,3	20	83,3	76	78,5	0,614	0,736
	Médico	15	23,8	1	16,7	4	16,7	23	21,5		
Fatores Risco	HTA	40	61,5	4	57,1	15	62,5	59	61,5	0,066	0,967
	DM	19	29,2	1	14,3	9	37,5	29	30,2	1,476	0,478
	Dislipidemia	20	30,8	0	0,0	7	29,2	27	28,1	2,977	0,226
	FA	19	29,2	1	14,3	2	8,3	22	22,9	4,652	0,098
	Obesidade	5	7,7	0	0,0	1	4,2	6	6,3	0,875	0,646
	Tabagismo	5	7,7	0	0,0	2	8,3	7	7,3	0,605	0,739
Elegível Fibrinólise	Sim	8	12,3	0	0,0	0	0,0			4,162	0,125
	Não	57	87,7	7	100,0	24	100,0				
Elegível Trombetomia	Sim	12	18,5	0	0,0	0	0,0			6,541	0,038*
	Não	53	81,5	7	100,0	24	100,0				
Destino	Transferência outra Unidade	15	23,1	2	28,6	1	4,2	18	18,8	33,378	0,000*
	UAVC's	30	46,2	5	71,4	9	37,5	44	45,5		
	Enfermaria	18	27,7	0	0,0	3	12,5	21	21,9		
	Alta Domicílio	1	1,5	0	0,0	7	29,2	8	8,3		
	Alta CE	1	1,5	0	0,0	4	4,2	5	5,2		

χ^2 – Qui-quadrado * $p < 0.05$ significativo; DCL- Desvio da comissura labial; Força 1 M- Falta de força num dos membros; DF- Dificuldade em falar; CIS- Cefaleia de início súbito; AEIS- Alteração equilíbrio de início súbito; DescM- Descoordenação motora; AGC- Alteração do grau de consciência; AVS- Alterações visuais de início súbito; Perda Esf.- perda controle de esfíncteres; Conf. Mental- confusão mental. AIT- acidente isquémico transitório. HTA- hipertensão arterial; DM- diabetes mellitus; FA- fibrilação auricular. UAVC's- unidade de AVC; CE- Consulta externa.

Na tabela 3 é possível encontrar a informação relativa às horas assistenciais dos doentes com AVC. Pode-se constatar pela interpretação da mesma que no que concerne ao tempo porta-médico (HPM), os doentes são observados com um tempo médio de 17,43 minutos ($\pm 13,16$). No que respeita ao tempo porta – TAC (HPT), os doentes apresentam um tempo médio de espera de 29 minutos ($\pm 13,69$), até realizarem o exame imagiológico.

Relativamente ao tempo porta-agulha (HPA) os doentes vítimas de AVC isquémico apresentam tempos médios de 72,14 minutos ($\pm 28,89$) até realização da fibrinólise. Para a realização de análises, os doentes apresentam um tempo médio de porta-análise (HPAnálise) de 18,83 minutos ($\pm 8,47$).

Tabela 3 – Estatísticas relativas às horas, porta médico, porta TAC, porta agulha e hora de realização dos exames laboratoriais

Variáveis	N	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)
HPM	99	4	40	17,43	13,16	75,50
HPT	99	10	50	29,00	13,69	47,20
HORAS						
HPA	8	38	130	72,14	28,89	40,05
HPAnálise	93	5	44	18,83	8,47	40,05

HPM -hora porta-Médico ; HPT-hora porta-TAC ; HPA -hora porta-agulha ; HPAnálise – hora porta-análise.

Na tabela 4 pode-se observar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos assistenciais. Os doentes que se situam no escalão etário ≤ 79 anos são atendidos um maior número de vezes dentro dos tempos recomendados pelas *guidelines*, tanto no tempo HPM (63,3%) como no tempo HPT (60,0%). Em relação ao tempo HPA, em ambos os grupos etários, a percentagem que é observada dentro do que é fortemente recomendado e do recomendado é a mesma (50,0%).

O grupo de doentes que apresenta como sintomas perda de força num dos membros (80,0%), dificuldade em falar (73,3%) e desvio da comissura labial (60,0%) são observados mais frequentemente dentro das *guidelines* relativamente ao tempo HPM. Nos doentes que apresentam desvio da comissura labial ($p=0,016$), dificuldade em falar ($p=0,049$) e alteração

do grau de consciência ($p=0,024$) verificam-se diferenças estatísticas significativas em relação à HPM. A presença destes sintomas influencia a HPM. Relativamente à HPT, os doentes que apresentam perda de força num dos membros (85,0%), dificuldade na fala (60,0%) e desvio da comissura labial (70,0%) realizam este exame mais vezes dentro do tempo recomendado. Os doentes com cefaleia de início súbito apresentam diferenças estatísticas significativas em relação à HPT, portanto a presença deste sintoma influencia a HPT. Os doentes cujo início dos sintomas foi $\leq 4,5$ horas são, também, os que mais frequentemente são observados dentro dos tempos recomendados relativamente à HPM (71,4%) e à HPT (70,6%). Os doentes que vivem em meio rural são os que mais vezes são tratados dentro dos tempos assistenciais recomendados para HPM (67,9%) e HPT (73,7%). Relativamente aos doentes que vivem em meio citadino só 33,3% ($n=1$) recebe a fibrinólise dentro do tempo fortemente recomendado. Quanto à ativação da via verde e a influência que esta tem nos tempos assistenciais, verifica-se que quando é ativada pelos Enfermeiros, os doentes são observados mais rapidamente pelo médico, HPM (77,8%) e realizam mais precocemente a TAC- HPT (83,3%). De salientar ainda que todas as ativações de via verde realizadas para porta agulha, foram todas feitas pelos enfermeiros.

Tabela 4 – Relação das variáveis sociodemográficas e clínicas em função das horas assistenciais

Grupo Variáveis		HPM				HPT				HPA			
		Dentro Guedlines		Fora Guedlines		Dentro Guedlines		Fora Guedlines		Fortemente Recomenda		Recomendado	
Idade	≤ 79 anos	19	63,3	31	44,9	12	60,0	38	48,1	2	50,0	2	50,0
	>80 anos	11	36,7	38	55,1	8	40,0	41	51,9	2	50,0	2	50,0
	p-value	$X^2=2,834$; $p=0,092$				$X^2=0,904$; $p=0,342$				$X^2=0,000$; $p=1,000$			
Sintomas	DCL	18	60,0	57	82,6	14	70,0	61	77,2	1	50,0	1	50,0
	p-value	$X^2=5,819$; $p=0,016$				$X^2=0,452$; $p=0,501$				$X^2=0,000$; $p=1,000$			
	Força1M	24	80,0	43	62,3	17	85,0	50	63,3	3	50,0	3	50,0
	p-value	$X^2=2,988$; $p=0,084$				$X^2=3,438$; $p=0,064$				$X^2=0,000$; $p=1,000$			
	DF	22	73,3	36	52,2	12	60,0	46	58,2	3	50,0	3	50,0
	p-value	$X^2=3,858$; $p=0,049$				$X^2=0,021$; $p=0,886$				$X^2=0,000$; $p=1,000$			
	CIS	3	10,0	8	11,6	5	25,0	6	7,6	4	50,0	4	50,0
	p-value	$X^2=0,054$; $p=0,817$				$X^2=4,895$; $p=0,027$				$X^2=0,000$; $p=1,000$			
	AEIS	1	3,3	3	4,3	0	0,0	4	5,1	0	0,0	1	100,0
	p-value	$X^2=0,056$; $p=0,814$				$X^2=1,055$; $p=0,304$				$X^2=1,143$; $p=0,285$			
	DescM	0	0,0	3	4,3	1	5,0	2	2,5	1	100,0	0	0,0
	p-value	$X^2=1,345$; $p=0,246$				$X^2=0,331$; $p=0,565$				$X^2=1,143$; $p=0,285$			
	AGC	7	23,3	5	7,2	3	15,0	9	11,4	0	0,0	1	100,0
	p-value	$X^2=5,080$; $p=0,024$				$X^2=0,195$; $p=0,659$				$X^2=1,143$; $p=0,285$			
AVS	1	3,3	2	2,9	0	0,0	3	3,8	-	-	-	-	
p-value	$X^2=0,013$; $p=0,908$				$X^2=0,783$; $p=0,376$				-				

	Perda Esf.	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,3	-	-	-	-
	p-value	$X^2=0,439$; $p=0,507$				$X^2=0,256$; $p=0,613$				-			
	Conf. Mental	0	0,0	3	4,3	0	0,0	3	3,8	1	100,0	0	0,0
	p-value	$X^2=1,345$; $p=0,246$				$X^2=0,783$; $p=0,376$				$X^2=1,143$; $p=0,285$			
Tempo. Início Sintomas	<= 4.5H	20	71,4	33	52,4	12	70,6	41	55,4	4	50,0	4	50,0
	>4.5H	8	28,6	30	47,6	5	29,4	33	44,6	-	-	-	-
	p-value	$X^2=1,345$; $p=0,089$				$X^2=1,310$; $p=0,252$				-			
Morada	Rural	19	67,9	48	68,9	14	73,7	52	66,7	2	66,7	1	25,0
	Citadino	9	32,1	21	30,4	5	26,3	25	32,1	1	33,3	3	75,0
	p-value	$X^2=0,425$; $p=0,809$				$X^2=0,517$; $p=0,772$				$X^2=1,215$; $p=0,270$			
Via Verde Ativação	Enfermeiro	21	77,8	55	79,7	15	83,3	64	78,2	4	50,0	4	50,0
	Médico	6	22,2	17	20,3	3	16,7	20	21,8	-	-	-	-
	p-value	$X^2=0,044$; $p=0,834$				$X^2=0,233$; $p=0,629$				-			

X^2 – Qui-quadrado * $p < 0.05$ significativo; ; DCL- Desvio da comissura labial; Força 1 M- Falta de força num dos membros; DF- Dificuldade em falar; CIS- Cefaleia de início súbito; AEIS- Alteração equilíbrio de início súbito; DescM- Descoordenação motora; AGC- Alteração do grau de consciência; AVS- Alterações visuais de início súbito; Perda Esf.- perda controle de esfíncteres; Conf. Mental- confusão mental. HPM- hora porta-Médico; HPT- hora porta-tac; HPA- hora porta agulha.

5 - Discussão

A presente investigação incluiu 99 doentes vítimas de AVC num hospital da área geográfica do centro do País. A média de idades da população estudada foi de 74,31 anos, o que revela que é na população mais envelhecida que este quadro clínico tende, mais frequentemente, a ocorrer, refletindo a realidade demográfica do contexto geográfico do estudo, assim como a realidade de admissões hospitalares em Portugal (DGS, 2017a). O risco de AVC aumenta com a idade (Wang et al., 2013) e a taxa de incidência eleva-se gradual e exponencialmente a partir da quarta década de vida (Béjot et al., 2016). Segundo as Nações Unidas (ONU), num estudo sobre o envelhecimento populacional mundial, estima-se um aumento projetado de 35% entre 2017 e 2050 (ONU, 2017).

A maioria dos doentes incluídos na investigação residia em meio rural, representando aproximadamente 69,1% dos doentes. Pessoas que vivem em meio rural apresentam mais dificuldades no acesso a cuidados diferenciados, o que poderá refletir-se nos resultados em saúde (Moutinho et al., 2013). Uma investigação recente concluiu que doentes com AVC isquémico residentes em meio rural têm menor probabilidade de aceder a fibrinólise dentro da janela terapêutica, em comparação com doentes residentes em meio urbano (Gonzales et al., 2017). Um outro estudo feito na Alemanha sugere que as populações de meios rurais hesitam mais em chamar ajuda diferenciada perante sintomas sugestivos de um AVC (Ungerer et al., 2020). Todavia, os dados obtidos neste estudo apontam para resultados animadores, na medida em que os doentes que vivem em meio rural apresentam tempos inferiores na hora porta-Médico e porta-TAC.

A elevada carga de comorbidades neste estudo é demonstrada pela percentagem dos indivíduos que tomam medicação habitualmente (88,4%; n=84), pelos que apresentam antecedentes pessoais (94,6%; n=87) e pela presença, na maioria dos indivíduos, de vários fatores de risco cardiovasculares. Os fatores de risco mais prevalentes foram hipertensão arterial (61,5%; n=59), diabetes mellitus (30,2%; n=29) e dislipidemia (28,1%; n=27), o que vai de encontro à evidência internacional (Soto-Cámara et al., 2020). A HTA é a mais prevalente, o que corrobora com o relatório “Retrato da Saúde” (Ministério da Saúde, 2018), que refere que Portugal possui uma das mais elevadas prevalências de hipertensão arterial da Europa, chegando aos 71,3% na faixa etária dos 65 aos 74 anos, e que contribui para a elevada incidência e prevalência de AVC em Portugal.

Uma percentagem significativa da população em estudo (32,0%; n=24) recorre ao hospital por intermédio de amigos e/ou familiares. Para este facto pode estar a contribuir o não reconhecimento da gravidade e dos sinais e sintomas de AVC e a consequente não ativação dos serviços de Emergência Médica. Um inquérito em literacia em saúde realizado em Portugal em 2016 já alertava para estes dados. Este revelou que Portugal é um dos países europeus com menor índice de literacia em saúde, muito abaixo da média europeia (Espanha et al., 2016).

Os resultados encontrados no presente estudo relativamente à percentagem de AVC isquémico, hemorrágico e AIT entroncam com os dados internacionais (Jauch et al., 2013) e com dados epidemiológicos nacionais que indicam que o AVC isquémico é mais prevalente que o hemorrágico (Moutinho et al., 2013). Segundo as recomendações internacionais (Bhaskar et al., 2018; Powers et al., 2018), a terapêutica fibrinolítica está indicada nos doentes com AVC isquémico com 4 horas e 30 minutos de evolução dos sintomas. No presente estudo 57,3% (n=51) dos doentes chegaram dentro da janela terapêutica, no entanto só 12,3% (n=8) foram elegíveis para fibrinólise. Para estes resultados podem ter contribuído a idade mais avançada dos doentes com patologia isquémica e a elevada presença de comorbidades, como reportado em outros estudos (Rodrigues et al., 2017).

De referir que na maioria dos processos não se encontrava explicitado, de forma inequívoca, o motivo pelo qual os doentes não realizaram fibrinólise, apesar de se encontrarem dentro da janela temporal para realização desse tratamento. A nível nacional, dados de 2018 apontam para uma taxa anual de realização de fibrinólise de 8,3% e a nível europeu (7,3%) (Aguiar de Sousa et al., 2019; Mikulik et al., 2017). Cerca de 42,7% (n=38) dos doentes chegam fora da janela terapêutica das 4,5 horas, para este facto podem ter contribuído a falta de reconhecimento precoce dos sintomas, a distância de certas freguesias de cobertura do hospital estudado e o isolamento que em que muitos idosos vivem em Portugal. Dados dos censos Sénior feitos pela Guarda Nacional Republicana (GNR) em 2020, revelam que estão sinalizados 42439 idosos nesta situação em Portugal Continental (GNR, 2020).

Em média, o tempo entre a entrada do doente no hospital até á primeira avaliação clínica (tempo porta-Médico) foi de 17,43 minutos, o tempo porta-TAC situou-se nos 29 minutos e o tempo porta-agulha (TPA) foi de 72,14 minutos, sendo que o tempo porta-avaliação clínica e o tempo porta-TAC se encontram acima do recomendado pelas diretrizes internacionais (Jauch et al., 2013; Powers et al., 2018).

A eficácia da terapêutica fibrinolítica é, em larga medida, tempo-dependente, pelo que as recomendações preconizam o menor tempo porta-agulha possível, uma vez que a

precocidade do início da fibrinólise é um dos maiores determinantes da morbidade e mortalidade dos doentes com AVC (Boulangier et al., 2018; Ylikotila et al., 2017). Os tempos recomendado na fase intra-hospitalar apontam para os 60 minutos (Ebinger et al., 2014; Man et al., 2020; Powers et al., 2018). Neste estudo verificou-se um tempo médio de 72,14 minutos. Em Portugal, um estudo no Hospital Tondela-Viseu revelou tempos porta-agulha de 88,6 minutos (Oliveira et al., 2016). Assim, estes tempos evidenciam resultados enquadrados na janela terapêutica, mas afastados pelo referido nas recomendações internacionais (Powers et al., 2018).

Deste modo, podem não estar a ser obtidos os maiores ganhos em saúde, como seria desejado, pelo que os esforços para diminuir o tempo porta-agulha devem assumir-se como uma prioridade das equipas de saúde aos níveis pré e intra-hospitalar. A Finlândia, considerada líder no tratamento do AVC e na redução do TPA (Ylikotila et al., 2017), tem registos de 10,5 minutos num hospital universitário em 2016. Estes excelentes resultados são explicados por protocolos de abordagem do AVC bem definidos e pela formação contínua dos profissionais de saúde (Ylikotila et al., 2017). Foi elaborado um plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030 onde uma das metas é precisamente gerir e prestar os cuidados no AVC com profissionais e equipas competentes e criar planos para um recrutamento e uma formação eficazes como parte de um plano nacional para o AVC (Norrving et al., 2018).

Limitações do Estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas aquando da interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, os dados foram obtidos retrospectivamente a partir de registos clínicos, o que pode comprometer a exatidão, fiabilidade e qualidade dos mesmos, atendendo á variabilidade de procedimentos e profissionais de saúde que os utilizam. Outra limitação importante reside na ausência de registos específicos quanto às notificações pré-hospitalares. De salientar ainda o facto de não estar registado explicitamente o motivo da não realização da fibrinólise em doentes admitidos dentro da janela terapêutica, assim como, não ser feita uma avaliação sistemática da escala de gravidade do AVC (NIHSS), quer á entrada do doente no SU, quer apos administração de fibrinólise, o que limita uma análise dos resultados.

Apesar destas limitações, os resultados do presente estudo podem ser úteis como indicadores de avaliação de um processo de saúde (protocolo Via Verde AVC intra-hospitalar). Dele podem derivar planos de melhoria ao nível assistencial e organizacional.

Neste sentido, este constitui um contributo importante para o aumento do conhecimento na avaliação da qualidade no tratamento do AVC num serviço de urgência de um hospital português e poderá ser ponto de partida para investigações futuras.

Implicações para a Prática Clínica

O presente estudo permitiu identificar cenários de melhoria na prestação dos cuidados aos doentes vítimas de AVC agudo. Relativamente aos tempos assistenciais, o tempo porta-Médico e o tempo porta-TAC apresentaram-se com tempos médios acima do recomendado pelas principais *guidelines* internacionais. Por seu lado, o tempo porta-agulha foi superior aos 60 minutos recomendados, sendo em média 72,14 minutos. Destes resultados emerge a necessidade de encetar esforços para diminuir estes tempos, devendo constituir um compromisso por parte da equipa de saúde.

Uma outra implicação para a prática dos cuidados advém do número significativo de AIT`s (24,2%; n=24) presentes neste estudo. Este facto deve mobilizar a equipa de enfermagem para uma boa preparação para a alta, com ensino dirigido á prevenção secundária de novo evento cerebrovascular. O aparecimento das doenças cerebrovasculares resulta de um processo multifatorial, em que é possível identificar os fatores de risco. Os enfermeiros têm aqui um papel de destaque, podendo atuar aos três níveis de prevenção. Devem fazer parte de planos de educação em saúde e campanhas de saúde pública para aumentar a consciencialização sobre fatores de risco do acidente vascular cerebral modificável. Estas são intervenções sensatas para a saúde pública e devem ser perseguidas.

Sugerem-se, também, programas de sensibilização da população do contexto geográfico da pesquisa sobre os sinais de alerta do AVC e para o acionamento rápido dos meios de socorro adequados de modo a diminuir o tempo da janela terapêutica.

Por fim, recomenda-se a melhoria dos registos clínicos dos doentes com AVC aos quais foi ativada a via verde. Estes deveriam estar claros, explícitos e acessíveis de modo a ser possível avaliar e introduzir melhorias sustentadas, abrindo, desta forma, caminhos a novas investigações.

Conclusão

O acidente vascular cerebral ainda continua a originar elevados níveis de incapacidade funcional, implicando limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, podendo alterar a dinâmica da vida da pessoa e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Os resultados obtidos no presente estudo permitem afirmar que, no hospital onde este foi realizado, as principais intervenções relacionadas com a assistência integral às vítimas de AVC agudo incidem na triagem (com aplicação da escala de Cincinatti), na ativação da Via Verde AVC, no encaminhamento para a especialidade de Medicina Interna, na avaliação inicial, no protocolo de exames laboratoriais e imagiológicos e a realização de fibrinólise nos doentes que cumpram com os critérios de inclusão . Assumindo claramente que o protocolo da Via Verde AVC está ativo, é importante salientar que os tempos assistenciais observados (porta-Médico, porta-TAC e porta-agulha) devem ser melhorados. A abordagem intra-hospitalar deve ser otimizada, agilizando todos os procedimentos desde a chegada do doente ao hospital, permitindo reduzir o tempo até á administração da terapêutica fibrinolítica.

A maioria dos doentes recorreu à unidade hospitalar dentro da janela terapêutica recomendada, no entanto apenas uma pequena percentagem recebeu tratamento fibrinolítico. O reconhecimento tardio dos sintomas, a renitência em utilizar os meios de emergência pré-hospitalar e a dificuldade em apurar a hora exata do início dos sintomas podem ser fatores importantes responsáveis pela resposta insuficiente no que ao tratamento fibrinolítico diz respeito. A promoção da saúde assume-se assim como prioritária, na medida em que a evolução assistencial no tratamento administrado não é capaz, ainda, de corrigir o impacto que as fragilidades ao nível da literacia em saúde evidenciam. É também fundamental continuar a desenvolver um sistema de cuidados organizado e integrado com a emergência pré-hospitalar, serviços de urgência e unidades de AVC. Neste domínio, os profissionais de enfermagem constituem elementos-chave na implementação de medidas conducentes á melhoria dos cuidados.

Referências Bibliográficas

- Abilleira, S., de Sousa, D. A., Gattringer, T., Kobayashi, A., Fazekas, F., Szikora, I., Feigin, V., Caso, V., Gallofré, M., & Fischer, U. (2019). Planning of stroke care and urgent prehospital care across Europe: Results of the ESO/ESMINT/EAN/SAFE Survey. *European Stroke Journal*. <https://doi.org/10.1177/2396987319837106>
- Aguiar de Sousa, D., von Martial, R., Abilleira, S., Gattringer, T., Kobayashi, A., Gallofré, M., Fazekas, F., Szikora, I., Feigin, V., Caso, V., & Fischer, U. (2019). Access to and delivery of acute ischaemic stroke treatments: A survey of national scientific societies and stroke experts in 44 European countries. *European Stroke Journal*. <https://doi.org/10.1177/2396987318786023>
- Béjot, Y., Bailly, H., Durier, J., & Giroud, M. (2016). Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. In *Presse Medicale*. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.10.003>
- Bhaskar, S., Stanwell, P., Cordato, D., Attia, J., & Levi, C. (2018). Reperfusion therapy in acute ischemic stroke: Dawn of a new era? *BMC Neurology*, 18(1), 1–26. <https://doi.org/10.1186/s12883-017-1007-y>
- Boullanger, J. M., Lindsay, M. P., Gubitz, G., Smith, E. E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., Heran, M. K. S., Kanya-Forster, N., Lang, E., Lavoie, P., McClelland, M., O'Kelly, C., Pageau, P., Pettersen, J., Purvis, H., ... Butcher, K. (2018). Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International Journal of Stroke*. <https://doi.org/10.1177/1747493018786616>
- Culleré, J. G. (2019). Protocolo de tratamiento del ictus isquémico en fase aguda. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.007>
- Direção Geral da Saúde. (2001). Unidades de AVC. *Dgs*, 5–28.
- Direção Geral da Saúde. (2017a). *PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES*.
- Direção Geral da Saúde. (2017b). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 1–25.
- Ebinger, M., Winter, B., Wendt, M., Weber, J. E., Waldschmidt, C., Rozanski, M., Kunz, A.,

- Koch, P., Kellner, P. A., Gierhake, D., Villringer, K., Fiebach, J. B., Grittner, U., Hartmann, A., Mackert, B. M., Endres, M., & Audebert, H. J. (2014). Effect of the use of ambulance-based thrombolysis on time to thrombolysis in acute ischemic stroke: A randomized clinical trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*.
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.2850>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). Literacia em saúde em Portugal- relatório síntese. *Fundação Calouste Gulbenkian*, 1–16. <http://www.gulbenkian.pt>
- Evans, M. R. B., White, P., Cowley, P., & Werring, D. J. (2017). Revolution in acute ischaemic stroke care: A practical guide to mechanical thrombectomy. In *Practical Neurology*. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2017-001685>
- Gonzales, S., Mullen, M. T., Skolarus, L., Thibault, D. P., Udoeyo, U., & Willis, A. W. (2017). Progressive rural-urban disparity in acute stroke care. *Neurology*.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003562>
- Guarda Nacional Republicana. (2020). *Operação Censos Sénior 2020 – Balanço*.
https://www.gnr.pt/MVC_GNR/Recortes/Details/15479
- Hurford, R., Sekhar, A., Hughes, T. A. T., & Muir, K. W. (2020). Diagnosis and management of acute ischaemic stroke. *Practical Neurology*. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2020-002557>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). *Causas de morte em Portugal*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modulo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=%22causas+de+morte%22&frm_modulo_texto=MODULO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_ar
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Bruno, A., Connors, J. J. B., Demaerschalk, B. M., Khatri, P., McMullan, P. W., Qureshi, A. I., Rosenfield, K., Scott, P. A., Summers, D. R., Wang, D. Z., Wintermark, M., & Yonas, H. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.
<https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a>
- Johnson, C. O., Nguyen, M., Roth, G. A., Nichols, E., Alam, T., Abate, D., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abraha, H. N., Abu-Rmeileh, N. M., Adebayo, O. M., Adeoye, A. M., Agarwal, G., Agrawal, S., Aichour, A. N., Aichour, I., Aichour, M. T. E., Alahdab, F., Ali, R., ... Murray, C. J. L. (2019). Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30034-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30034-1)
- Leal, J. S. (2019). Protocolo de diagnóstico y atención del ictus en urgencias. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*.

- <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.006>
- Man, S., Xian, Y., Holmes, D. N., Matsouaka, R. A., Saver, J. L., Smith, E. E., Bhatt, D. L., Schwamm, L. H., & Fonarow, G. C. (2020). Association between Thrombolytic Door-to-Needle Time and 1-Year Mortality and Readmission in Patients with Acute Ischemic Stroke. *JAMA - Journal of the American Medical Association*.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.5697>
- Mikulik, R., Bar, M., Grecu, A., Herzig, R., Neumann, J., Sanak, D., Skoda, O., Skoloudik, D., Svobodova, V., Tomek, A., & Vaclavik, D. (2017). The registry of stroke care quality (RES-Q): The first nation-wide data on stroke care quality. *Journal of the Neurological Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.08.302>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*.
- Moutinho, M., Magalhães, R., Correia, M., & Silva, M. C. (2013). Avaliação da via verde do acidente vascular cerebral no Norte de Portugal: Caracterização e prognóstico dos utilizadores. *Acta Medica Portuguesa*.
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P. M., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke Journal*.
<https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
- Oliveira, C., Carmezim, I., Cabral, C., Teixeira, M., Miranda, M., Monteiro, N., Gomes, A., & Monteiro, A. (2016). *Vamos Relembrar ... Tempo é Cérebro! Let ' s Remember ... Time is Brain! Resumo Material e Métodos*. 23, 89–93.
- Organização das Nações Unidas. (2017). *Envelhecimento*.
<https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Pereira, M., Guedes, H., Oliveira, L., & Martins, J. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS. 6ª Edição Edição revista e aumentada. In *5ª Edição Revista E Corrigida*.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.

<https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>

Rodrigues, M. D. S., Santana, L. F. e, & Galvão, I. M. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Revista de Medicina*.

<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>

Siarkowski, M., Lin, K., Li, S. S., Al Sultan, A., Ganshorn, H., Kamal, N., Hill, M., & Lang, E. (2020). Meta-analysis of interventions to reduce door to needle times in acute ischaemic stroke patients. In *BMJ Open Quality*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000915>

Soto-Cámara, R., González-Bernal, J. J., González-Santos, J., Aguilar-Parra, J. M., Trigueros, R., & López-Liria, R. (2020). Age-Related Risk Factors at the First Stroke Event. *Journal of Clinical Medicine*. <https://doi.org/10.3390/jcm9072233>

Ungerer, M. N., Busetto, L., Begli, N. H., Riehle, K., Regula, J., & Gumbinger, C. (2020). Factors affecting prehospital delay in rural and urban patients with stroke: a prospective survey-based study in Southwest Germany. *BMC Neurology*, 20(1), 1–7.

<https://doi.org/10.1186/s12883-020-01999-4>

Vandenbroucke, J. P., Von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J. J., & Egger, M. (2007). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040297>

Wang, Y., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2013). Age and ethnic disparities in incidence of stroke over time: The South London stroke register. *Stroke*.

<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.002604>

Warner, J. J., Harrington, R. A., Sacco, R. L., & Elkind, M. S. V. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. In *Stroke*.

<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027708>

Ylikotila, P., Roine, R. O., & Middleton, S. (2017). *Leaving a legacy of stroke in Europe : A community of dedicated professionals is changing the face of stroke in*. July, 8–18.

Considerações Finais

Cada individuo deve ser sujeito da sua formação e não objeto dela, o que implica uma busca contínua na construção do seu saber, procurando meios que o conduzem ao crescimento e aperfeiçoamento das suas capacidades.

A formação não constitui apenas uma exigência da sociedade, mas sim um processo através do qual nos provemos de conhecimentos, de experiências, de vivências que nos moldam, nos transformam, tornando-nos mais valorizados e úteis à sociedade que integramos.

Hoje, mais do que nunca, o exercício da profissão de Enfermagem atravessa uma profunda evolução quer pelo avanço tecnológico e científico, quer pela exigência da pessoa colocada no centro dos cuidados. Esta tendência evolutiva implica mudanças estruturais na prestação de cuidados de saúde, numa lógica progressivamente mais sustentada por modelos teóricos como medida alternativa à prática avançada guiada pelo domínio biomédico.

O EC surge como um momento de formação por excelência, no qual o saber prático se desenvolve sustentado no saber teórico. Permite a aquisição de competências e conhecimentos necessários para a realização das intervenções autónomas e interdependentes e para o desenvolvimento de um exercício de enfermagem de excelência.

Com a elaboração deste relatório pude constatar que o meu crescimento se processou não só ao nível profissional, mas também pessoal, na medida em que me superei na sucessiva demonstração de capacidades técnico-científicas, sociais e humanas, que me edificam enquanto enfermeira e enfermeira especialista. Através da descrição faseada das atividades realizadas foi possível dar relevância e visibilidade ao percurso formativo de desenvolvimento de competências no âmbito do 8ºCPLEEMC e do 7ºCMEMC.

Considero ter realizado uma correta seleção dos locais de EC, sendo eles dotados de boas condições físicas, organizacionais, bem como de profissionais competentes, com experiência na sua área e com elevado nível de conhecimentos. Estes aspetos foram, efetivamente, determinantes no meu percurso, pelo que se traduziram numa sólida aprendizagem assente nos pilares que sustentam a especialidade de EMC na área da Pessoa em Situação Crítica.

Posso afirmar que todos os contextos de EC demonstraram ser extremamente desafiantes e ricos em aprendizagem no que concerne à especificidade do doente crítico, contudo, o EC em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, devido à sua realidade muito diferente do meu contexto profissional, revelou-se extremamente gratificante em termos de aprendizagem e enriquecedor da experiência profissional, pela diversidade de situações clínicas e pela mobilização de saberes e reflexão sobre a prática de enfermagem que exigiu. Pois a UCI engloba uma vasta diversidade de situações de médio/alto risco, tecnologias altamente sofisticadas e meios terapêuticos complexos, que exige aos profissionais um elevado grau de autonomia, responsabilidade, competência, segurança, eficácia, nível de conhecimento e destreza para intervir de forma rápida e efetiva na satisfação das necessidades do doente crítico.

Nos dois momentos de EC consegui, através do empenho e dedicação, adquirir um conjunto de saberes inerentes ao cuidar da pessoa em situação crítica, como nunca antes havia experienciado, e que me permitiram desenvolver a autonomia necessária para prestar cuidados altamente qualificados e de forma contínua, em conjunto com a equipa multidisciplinar.

Apesar do primeiro EC, em contexto de Urgência /Emergência, se ter desenvolvido no meu local de trabalho este revelou-se, de igual forma, muito enriquecedor. Permitiu-me uma abordagem do utente/família em função da situação clínica e procurei sempre adequar o conhecimento teórico à prática clínica. Toda a componente teórica lecionada serviu de base de sustentação para o desenvolvimento de um raciocínio lógico e capacidade de analogia. Ao longo do ensino clínico denotei evolução desta capacidade, percebendo o porquê das estratégias implementadas. Demonstrei capacidades para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e emitir juízos de valor, na área de especialização médico-cirúrgica.

Foi uma prática verdadeiramente enriquecedora quer a nível pessoal quer profissional com experiências positivas de aprendizagem e troca de saberes.

O segundo EC foi desenvolvido na UCI do CHUCB, uma estrutura de alta complexidade hospitalar, com alta densidade tecnológica e com uma elevada necessidade de suporte profissional especializado. Este estágio contribuiu para adquirir e aprofundar conhecimentos na área médico-cirúrgica, adquirir competências de intervenção especializada à pessoa em situação crítica (médio e alto risco).

Encetei todos os esforços possíveis para atingir os objetivos que delinee e executar o máximo de atividades planeadas de modo a adquirir competências comuns e específicas na área em questão, tendo consciência de este período foi apenas uma pequena amostra

do que é este mundo, e para se ser um perito nesta área está um caminho em aberto para percorrer.

A componente de investigação deste trabalho permitiu não só o meu crescimento a nível profissional, como também académico e pessoal, na medida em que ampliou a minha perspetiva na área do conhecimento científico e me forneceu alicerces para um percurso formativo impulsionado pelo desejo de avançar na profissão e com o objetivo de me superar constantemente como enfermeira. Apesar das dificuldades sentidas na elaboração deste trabalho, são evidentes as aprendizagens, os instrumentos e as experiências que irei, certamente, levar para a minha prática quotidiana enquanto enfermeira especialista, desempenhando um papel ativo e dinâmico, no seio da equipa multidisciplinar, e na constante atualização de conhecimentos, com vista à prestação de cuidados altamente qualificados e de excelência.

Após tudo o que foi exposto considero ter atingido com sucesso a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas à pessoa em situação crítica, desenvolvendo conhecimentos e capacidades permanentemente, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados.

Esta excelente experiência de prática clínica e trabalho de investigação trouxe, indubitavelmente, uma transição marcante de enfermeira de cuidados gerais para enfermeira especialista e Mestre em Enfermagem.

Referências Bibliográficas

ACSS (2015, novembro). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf

Alves, F., & Sampaio, C. (2020). Cardiologia. In LIDEL (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1st ed., pp. 233-240). LIDEL.

Bebiano, G., Brazão, M.L., Carvalho, E., Nóbrega, S. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. Acedido em https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf

Carneiro, J. (2020) - *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. 1ª edição, Lisboa LIDEL, ISBN 978-989-752-419-6.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2012a). Manual: Plano de Emergência Externa. Covilhã: Serviço de Urgência.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2012b). Unidade de Cuidados Intensivos. Covilhã: Serviço de Cuidados Intensivos.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2012c). Procedimento Operativo: Desmame Ventilatório e Extubação. Covilhã: Serviço de Cuidados Intensivos.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2013a). Caracterização do serviço de Urgência Geral. Covilhã: Serviço de Urgência.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2013b). Manual: Plano de Emergência Interno do Hospital Pêro da Covilhã. Covilhã: Serviço de Urgência.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2015). Procedimento Operativo: Administração de Nutrição Entérica. Covilhã: Serviço de Cuidados Intensivos.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2016a). Preparação e administração de medicamentos. Covilhã.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2016b). Precauções básicas do controlo da infeção hospitalar. Covilhã.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2016c). Procedimento Operativo: Teste do Ventilador/ Circuito do doente. Covilhã: serviço de Cuidados Intensivos.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2016d). Procedimento Operativo: Administração de Nutrição Parentérica. Covilhã: Serviço de Cuidados Intensivos.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2016e). Procedimento Operativo: Ensino sobre a avaliação da dor. Covilhã: Serviço de Cuidados Intensivos.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2016f). Procedimento Operativo: Sedação e Analgesia. Covilhã: Serviço de Cuidados Intensivos.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2017). Procedimento Operativo: Utilização de Dexmedetomidina. Covilhã: Serviço Cuidados Intensivos.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2018). Procedimento Operativo: Prevenção de quedas. Covilhã.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2019). Procedimento Operativo: Regulamento sobre pertences e espólios. Covilhã.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2020a). Procedimento Interno: Transporte de doentes no Serviço de Urgência Geral. Covilhã.

Centro Hospitalar Cova da Beira. (2020b). Procedimento Interno: Atendimento urgente do doente com AVC no CHCB. Covilhã.

Cruz, J. R., Martins, M. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem: Acedido em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19219/2/REF_mar2019_87to96_port.pdf%20Jo%20Portugu%C3%AAs.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Disponível em: https://www.anci.pt/sites/default/files/legislações/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2008). Circular normativa nº 011/2008. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acedido em https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-programa_nacional_controlo_de_dor_-_2008.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). Circular normativa nº 017/ 2011. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Acedido em <https://www.dgs.pt/?cr=20377>

Direção-Geral da Saúde (2016). Manual de Standards-Unidades de Urgência e Emergência. Acedido em https://docplayer.com.br/60671875-Manual-de-standards-unidades-de-urgencia-e-emergencia-me-26-1_01-estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-departamento-da-qualidade-na-saude.html

Direção Geral da Saúde (2017a) - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direção-geral de Saúde. Acedido em http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf

Direção Geral da Saúde (2017b). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Direção-geral de Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-da-comunicacao.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Edwards Lifesciences Corporation (2014). Monitor Vigileo: Monitorización avanzada mínimamente invasiva. Acedido em: <http://www.edwards.com/es/products/mininvasive/pages/vigileo.aspx>

Escola Superior de Saúde de Viseu (2020). Guia Orientador dos Estágios – 8º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica e 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Viseu: ESSV IPV.

Góis, O. J. O., Góis, R. M. O., D. B. C., Musse, J. O., Servo, M. L. S. (2017, maio). Papéis de Liderança na Gestão do Cuidado: desafios e estratégias dos enfermeiros recém-formados, uma revisão integrativa. International Nursing Congress. Acedido em <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/download/5544/2331>

Grupo Português de Triagem (2018, abril). Sistema de Triagem de Manchester. Acedido em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2019) – Departamento de formação em Emergência Médica. Manual de Suporte Avançado de Vida, 1ª ed.

Lewis, S. R., Butler, A. R., Alderson, P., & Smith, A. F. (2016). Enteral versus parenteral nutrition for adults in the intensive care unit. In Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012276>

Marcelino, P (2008). Manual de Ventilação Mecânica no Adulto. Abordagem ao Doente Crítico. Loures. Lusociência.

Mendes, J. J. (2019). Abordagem do Choque Cardiocirculatório. In LIDEL (Ed.), Manual de Urgências e Emergências (3rd ed., pp. 32–41).

Mendes, J. J., Ponce, P. (2015). Manual de Medicina Intensiva. 1ª edição, Lisboa LIDEL, ISBN 978-989-752-070-2.

Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Ventilação Mecânica. In LIDEL (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1st ed., pp. 137–150). LIDEL.

Ministério da Saúde. (1996). Decreto-lei no 161/96 de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 2959–2962. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, ISBN:972-675-097-0. Acedido em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Ministério da Saúde. (2006). Despacho nº 18459/2006 de 12 de setembro. J. Diário da República, 2.ª série, nº 176 pp. 18611-18612 N.º 176. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/1518280>

Ministério da Saúde (2008) - Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: manual de operacionalização. Lisboa: DGS. Acedido em https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%CC%A7a%CC%83o-do-PNCI_2008.pdf

Ministério da Saúde. (2009). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 184. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/490413>

Ministério da Saúde. (2014). Despacho nº10319 de 11 de agosto. Diário da República, 2ªsérie, nº 153, 20673-20678. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Ministério da Saúde. (2015). Despacho nº 1400 de 10 de fevereiro: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2ª série, nº 28, 3882 (2) - 3882(10). Acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>

Nepomuceno, R. M., Miranda, C.B., Nogueira, C., Silva, L. C., Silva, L.P. (2013). *Fatores de Risco Modificáveis para Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em*

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª Série, nº35, 8648-8643. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/3477011>

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário Da República 2.ª Série, n.º 35, 8656-8657. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/3477013>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da república, 2ª Série, nº 233, pp.30247-30254. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Lei nº156/2015 de 16 de setembro: Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série, n.º 181, 8059-8105. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª série, n.º 123, 17240-17243. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, Leiria, Portugal. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades em Cuidados de Saúde. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_in_esctecabril2018.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Parecer nº15/2018. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de medicina Intensiva. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018c). Regulamento nº429/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359-19370. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2018d). Regulamento nº 76/2018 de 30 de janeiro: Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2ª série, n.º 21, 3478-3487. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140 de 6 de fevereiro:

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, n.º 26, 4755-4750. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Pacheco, J. A. (2009, fevereiro). Processos e práticas de educação e formação: para uma análise da realidade portuguesa em contextos de globalização. Universidade do Minho, Centro de Investigação em Educação (CIEd). ISSN 0871-9187.

Paiva, J.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J.; Nóbrega, J.; Vaz, J. e Coutinho, P. (2017), Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência

Pereira, M., Guedes, H., Oliveira, L., & Martins, J. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em Doentes com AVC e o desfecho final. Revista de Enfermagem Referência.

Pinheiro, P. A., & Madureira, A. (2020). Técnicas de Substituição Renal nas Unidades de Cuidados Intensivos. In LIDEL (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1st ed., pp. 175–185). LIDEL.

Ponce, P. (2018). *Manual de Urgências e Emergências*. 2ª edição, Lisboa LIDEL, ISBN 978-972-757-861-0.

Ponce, P. (2019). *Manual de Medicina Intensiva*. 3ª edição, Lisboa LIDEL, ISBN 978-989-752-407-3.

Prado, L.F., Júnior, A.A., Cardoso, E., Andrade, H., S., Fernandes, M.K. (2005) - Pressão intra-abdominal em pacientes com trauma abdominal. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/250989017_Pressao_intra-abdominal_em_pacientes_com_trauma_abdominal

Rocha, E. (2020). Indicadores de Qualidade em Unidades de Cuidados Intensivos: Contributos para uma Otimização da Prática. In LIDEL (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1st ed., pp. 26–32). LIDEL.

Rocha, E. & Passos, H. (2020) – Nutrição Artificial. In LIDEL (Ed), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1st ed., pp. 151-159). LIDEL.

Silva, A. R., Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau.

Taylor, B. E., McClave, S. A., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., & Compher, C. (2016). Guidelines for the Provision and

Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. Critical Care Medicine. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000001525>

Teixeira, J. M. F.; Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. Acedido em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>

Terapia Intensiva Acedido em https://www.researchgate.net/publication/291202590_FATORES_DE_RISCO_MODIFICAVEIS_PARA_PNEUMONIA_ASSOCIADA_A_VENTILACAO_MECANICA_EM_TERAPIA_INTENSIVA/fulltext/569ef8b508ae4af52544a66e/FATORES-DE-RISCO-MODIFICAVEIS-PARA-PNEUMONIA-ASSOCIADA-A-VENTILACAO-MECANICA-EM-TERAPIA-INTENSIVA.pdf

www.chcbeira

Apêndices

Apêndice I - Poster com tabela da dose de Alteplase

Tratamento de AVC isquêmico agudo: A dose recomendada é de 0,9 mg/kg Alteplase (dose máxima de 90 mg) infundida durante 60 minutos, com 10% da dose total administrada como bolus inicial intravenoso.

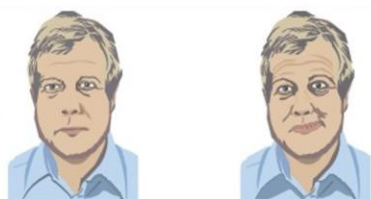
Tabela da dose para o tratamento do AVC isquêmico agudo

Peso (kg)	Dose Total (mg)	Bolus inicial intravenoso (10%) (mg)	Dose de infusão (mg)	Administração por infusão (seringas de 50 mL, concentração de 1 mg/mL)		
				Primeira seringa	Segunda seringa	Taxa de infusão* (mL/hora)
40	36,0	3,6	32,4	32,4	N/A	32,4
42	37,8	3,8	34,0	34,0	N/A	34,0
44	39,6	4,0	35,6	35,6	N/A	35,6
46	41,4	4,1	37,3	37,3	N/A	37,3
48	43,2	4,3	38,9	38,9	N/A	38,9
50	45,0	4,5	40,5	40,5	N/A	40,5
52	46,8	4,7	42,1	42,1	N/A	42,1
54	48,6	4,9	43,7	43,7	N/A	43,7
56	50,4	5,0	45,4	45,4	N/A	45,4
58	52,2	5,2	47,0	47,0	N/A	47,0
60	54,0	5,4	48,6	48,6	N/A	48,6
62	55,8	5,6	50,2	50,2	N/A	50,2
64	57,6	5,8	51,8	50,0	1,8	51,8
66	59,4	5,9	53,5	50,0	3,5	53,5
68	61,2	6,1	55,1	50,0	5,1	55,1
70	63,0	6,3	56,7	50,0	6,7	56,7
72	64,8	6,5	58,3	50,0	8,3	58,3
74	66,6	6,7	59,9	50,0	9,9	59,9
76	68,4	6,8	61,6	50,0	11,6	61,6
78	70,2	7,0	63,2	50,0	13,2	63,2
80	72,0	7,2	64,8	50,0	14,8	64,8
82	73,8	7,4	66,4	50,0	16,4	66,4
84	75,6	7,6	68,0	50,0	18,0	68,0
86	77,4	7,7	69,7	50,0	19,7	69,7
88	79,2	7,9	71,3	50,0	21,3	71,3
90	81,0	8,1	72,9	50,0	22,9	72,9
92	82,8	8,3	74,5	50,0	24,5	74,5
94	84,6	8,5	76,1	50,0	26,1	76,1
96	86,4	8,6	77,8	50,0	27,8	77,8
98	88,2	8,8	79,4	50,0	29,4	79,4
100+	90,0	9,0	81,0	50,0	31,0	81,0

*Taxa de infusão é a mesma para ambas primeira e segunda seringa.

Apêndice II – Poster Escala de Cincinnati

Escala Cincinnati



SINTOMA	COMO TESTAR	NORMAL	ANORMAL
Assimetria facial	Pede-se para o utente mostrar os dentes ou sorrir	Ambos os lados da face movem-se igualmente	Um lado da face move-se menos que o outro



SINTOMA	COMO TESTAR	NORMAL	ANORMAL
Queda do membro superior	O utente fecha os olhos e mantém os braços a 90º durante 10 segundos	Ambos os membros são sustentados igualmente	Um membro cai comparativamente com o outro



SINTOMA	COMO TESTAR	NORMAL	ANORMAL
Dificuldade na fala	Pede-se ao utente para soletrar uma frase simples	Utente fala corretamente todas as palavras	Utente troca as palavras, não fala algumas palavras ou é incapaz de falar

A escala é considerada positiva para suspeita de AVC com a presença apenas de uma destas manifestações

Apêndice III – Critérios de inclusão/exclusão para a Fibrinólise no AVC isquêmico agudo

Critérios Fibrinólise Via Verde Avc

CRITERIOS DE INCLUSÃO:

1. Diagnóstico clínico de AVC isquêmico causando déficit neurológico mensurável;
2. Início de sintomas < 4,5 horas antes do tratamento (se hora exata desconhecida- considerar a última hora em que o doente foi visto sem défices); 3. Idade > a 18 anos.

CRITERIOS DE EXCLUSÃO (ABSOLUTA):

1. AVC isquêmico ou Traumatismo Crânio encefálico grave nos últimos **3 meses**
2. Hemorragia intracraniana prévia
3. Neoplasia intracraniana intraxial
4. Neoplasia ou Hemorragia gastrointestinal nos últimos **21 dias**
5. Cirurgia intracraniana ou intraespinal nos últimos **3 meses**
6. Sintomas sugestivos de Hemorragia Subaracnoideia
7. Tensão Arterial persistentemente elevada (TAS >185 mmHg, TAD >110 mmHg)
8. Hemorragia interna ativa
9. Apresentação clínica consistente com Endocardite Infeciosa
10. AVC conhecido ou suspeita de estar em relação com dissecção arco aórtico
11. Diátese Hemorrágica Aguda
12. Contagem plaquetas < 100.000/mm³
13. Doente hipocoagulado com INR >1,7
14. TAC-CE com hemorragia
15. **TAC-CE com região extensa de hipodensidade obvia, consistente com lesão irreversível.**

CRITERIOS DE EXCLUSÃO (RELATIVA):

1. Déficit neurológico menor ou rápida recuperação dos sintomas
2. Glucose sérica < 50 mg/dL
3. Traumatismo grave nos últimos **14 dias**
4. Cirurgia major últimos **14 dias**
5. História de Hemorragia Gastrointestinal ou génito-urinária
6. Convulsões no início da clínica do AVC com défices neurológicos pós-ictais
7. Gravidez
8. Punção arterial em local não compressivas nos últimos **7 dias**
9. Aneurisma intracraniano sem rutura, não tratado e com > 10 mm de tamanho

Apêndice IV – Instrumento de Recolha de Dados

Código de identificação: _____ Tempo decorrido desde início dos sintomas ____:____ Hora da Chegada ao Hospital ____:____ Hora em que foi visto bem pela última vez ____:____		
1.1- Idade _____(Anos) 1.2- Género: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> 1.3- Profissão _____	2.1- Antecedentes pessoais: 2.2-Medicação Habitual:	
2.3- Recorre ao SU por que meio: Bombeiros <input type="checkbox"/> SIV <input type="checkbox"/> VMER <input type="checkbox"/> Familiares/amigos <input type="checkbox"/> Notificação Pré-hospitalar _____ 2.4- Distância do local ao hospital _____ Morada em meio: Rural <input type="checkbox"/> Citadino <input type="checkbox"/> Residente em Lar <input type="checkbox"/>	2.5- Sintomas: Desvio da comissura labial <input type="checkbox"/> Falta de força num dos membros <input type="checkbox"/> Dificuldade em falar <input type="checkbox"/> Cefaleia intensa de início súbito <input type="checkbox"/> Alteração do equilíbrio de início súbito <input type="checkbox"/> Descoordenação Motora <input type="checkbox"/> Alteração do grau de consciência <input type="checkbox"/> Alterações visuais súbitas <input type="checkbox"/> Perda controle esfíncteres <input type="checkbox"/> Confusão mental <input type="checkbox"/> 2.6- Escala Cincinnati: Com presença de 1 sintoma <input type="checkbox"/> com presença de mais de um sintoma <input type="checkbox"/> 2.7- Tempo de início dos sintomas: Inferior ou igual a 4,5 horas <input type="checkbox"/> Superior a 4,5 horas <input type="checkbox"/> 2.8- Via verde ativada por: Pré-hospitalar <input type="checkbox"/> Enfermeiro da triagem <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> 2.9- Dependência funcional prévia ao AVC: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> 2.10- Escala de gravidade á chegada ao hospital (NIHSS) _____ Não realizado <input type="checkbox"/>	
2.11- Sinais vitais á entrada no SU: Pressão Arterial ____/____ mmHg Frequência Cardíaca _____bpm Temperatura axilar _____°c SPO2 __ % Glicemia capilar _____ mg/dl Escala de Coma de Glasgow ____ Hora avaliação ____:____	2.12- Tipo de AVC: Isquémico <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> AIT <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> 2.13- Fatores de risco cardiovascular: Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Fibrilhação auricular <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/>	2.14 -Hora 1ª observação Médica ____:____ 2.15- Hora realização TAC: ____:____ 2.16- Hora administração Fibrinolítico: ____:____

<p>2.17- Toma de Anticoagulantes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>2.18- Valor de INR à entrada no SU: _____</p> <p>2.19- Valor das Plaquetas à entrada no SU_____</p> <p>Hora colheita análises____:_____</p> <p>2.20- Doente elegível para fibrinólise Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>2.21- Se não elegível para fibrinólise qual o motivo_____</p> <p>2.22- Doente elegível para Trombectomia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	<p>2.23- Sinais vitais durante a fibrinólise: Pressão Arterial ___/___ mmHg Frequência Cardíaca _____bpm Temperatura axilar_____°c SPO2 __ % Glicemia capilar _____ mg/dl Escala de Coma de Glasgow ____ Hora_____</p> <p>2.24- Sinais vitais após a fibrinólise: Pressão Arterial ___/___ mmHg Frequência Cardíaca _____bpm Temperatura axilar_____°c SPO2 __ % Glicemia capilar _____ mg/dl Escala de Coma de Glasgow ____ Hora_____</p> <p>2.25- Escala de gravidade após a realização de fibrinólise (NHSS)_____</p> <p>Não registado <input type="checkbox"/></p>	<p>2.26- Transferência Inter-hospitalar para realização de Trombectomia, após fazer Fibrinólise: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>2.27- Transferência Inter-hospitalar para realização de Trombectomia, sem realização de Fibrinólise: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>2.28- Destino dos doentes após alta do SU: Transferência para outra unidade saúde <input type="checkbox"/> Qual_____</p> <p>Internamento na Unidade de AVC <input type="checkbox"/></p> <p>Internamento em enfermaria <input type="checkbox"/></p> <p>Alta para domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>Alta para consulta externa <input type="checkbox"/></p>
---	--	--

Anexos

Anexo I – Webinar – “Emergência do extra-hospitalar para o intra-hospitalar”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Anabela Correia Santarém Moreira** esteve presente no **WEBINAR “Emergência do extrahospitalar para o intra-hospitalar”**, organizado pela UCP de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), pelo INEM (Enf^o. Rui Campos, Enf^o. Pedro Mateus; Enf^o. Alexandre Frutuoso) e pelos Estudantes do 7^oCMEMC/ 8^oCPLEEMC da ESSV (Andreia Rodrigues; Edene Mota; Francisco Gomes; João Camilo; Marta Pereira; Mónica Angélico e Sara Ramos), que se realizou na plataforma Colibri/Zoom, no dia 19 de fevereiro de 2021.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu. Total de horas de formação: 3 (três) horas

Viseu, 24 de março de 2021

O Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu,
O Presidente do Conselho Técnico-Científico,

Prof. Doutor Daniel Silva

Prof. Doutor José Costa

WEBINAR

EMERGÊNCIA

do extra-hospitalar para o intra-hospitalar

 19 FEV | 18H30 | @TEAMS

—
Transmissão da informação
na vítima de queimadura.

—
Via Verde AVC:
a importância da atuação na área
pré-hospitalar

—
**Como controlar a hemorragia
exsanguinante – vencer a tríade letal**

—
Comunicação segura:
metodologia ISBAR

—
**Um caso de Sepsis e as mais
recentes evidências**

—
**Consentimento informado livre
e esclarecido**

—
Via Verde AVC

CONFERENCISTAS

Andreia Rodrigues
Edene Mota
Francisco Gomes
João Camilo
Marta Pereira
Mónica Angélico
Sara Ramos

MODERADORES

António Dias
Pedro Mateus
Alexandre Frutuoso

IDONEIDADE CIENTÍFICA

Conselho Técnico Científico da ESSV

COMISSÃO ORGANIZADORA


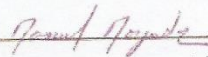

UCP de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESSV

INEM - Enf^o. Rui Campos, Enf^o. Pedro Mateus;
Enf^o. Alexandre Frutuoso

Estudantes do 7oCMEEMC/ 8oCPLEEMC da ESSV -
Andreia Rodrigues; Edene Mota; Francisco
Gomes; João Camilo; Marta Pereira; Mónica
Angélico; Sara Ramos



Anexo II – Parecer da Comissão de Ética

 IMPRESSO Parecer da Comissão de Ética para a Saúde	
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Código: CHCB.JMP.COMET.01 Edição: 5 Revisão: 0
Parecer nº: 16/2021 Data: 2021-03-19	
Assunto: Estudo nº 05/2021 – “ A assistência Intra hospitalar na Via Verde do Acidente Vascular Cerebral”	
Membros da CES do CHUCB: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico) Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social) Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico) Enf. Maria Gabriela Ramalinho (Enfermeira) Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga) Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista) Dr. António Luciano Costa (Teólogo)	Exma. Senhora Investigadora: Enfª. Anabela Correia Santarém Moreira A Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 2021-03-19 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 05/2021 – “ A assistência Intra hospitalar na Via Verde do Acidente Vascular Cerebral” Membros da CES do CHUCB presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Dra. Maria Teresa Bordalo Santos Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro Parecer: Apreciado o projeto do estudo e os requisitos adicionais respondidos, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização. Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados. A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias. <p style="text-align: center;">O Presidente da CE do CHUCB</p> <p style="text-align: center;">  (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado) </p>
Página: 1 de 1	
	

Considerando, no âmbito do estudo nº 05/2021 "A assistência intra-hospitalar na Via Verde do Acidente Vascular Cerebral" que:

- Existe todo um processo adjacente a este pedido, que deu entrada no Serviço de Investigação, Epidemiologia e Saúde Pública – Gabinete de Investigação e Inovação, e que obteve os pareceres favoráveis do Coordenador deste Gabinete, do Diretor de Serviço envolvido e da respetiva Comissão de Ética, nos termos da Lei da Investigação Clínica (Lei 21/2014) e do Regulamento e Procedimentos deste Centro de Investigação;
- Os intervenientes no processo estão abrangidos pelo sigilo profissional ou assinaram declaração de confidencialidade;
- Os intervenientes no processo comprometem-se a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo;
- O interesse público revelado pelo presente estudo.

Foram verificadas as condições acima descritas e não obstante a impossibilidade de anonimização / pseudoanonimização dos dados autoriza-se a realização do estudo, solicitando-se ao Serviço de Gestão de Produção e Apoio ao Planeamento – GEPI que forneça os dados relativos aos doentes admitidos no Serviço de Urgência Geral do CHUCB e incluídos no Protocolo da Via Verde AVC, entre 01-01-2019 e 31-12-2019, à Dra Ana Patrícia Gomes, médica a exercer no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Data: 24/03/2021

EPD

RAI

Dra. Rosa Ballesteros

Responsável Hospitalar

CHUCB, E.P.E.



Dados a recolher:

- Idade
- Sexo
- Tempo de início dos sintomas do AVC
- Tempo porta-médico
- Tempo porta-Tac
- Tempo porta-agulha

