



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

**Conhecimento dos Enfermeiros do Extra-Hospitalar sobre as
Manifestações Clínicas associadas à Oclusão de Grande Vaso
Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e Cuidados
Intensivos**

Marta Sofia Camões Pereira

Viseu, novembro de 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Conhecimento dos Enfermeiros do Extra-Hospitalar sobre as Manifestações Clínicas associadas à Oclusão de Grande Vaso

Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e Cuidados Intensivos

Marta Sofia Camões Pereira

Estágio com Relatório Final

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Olivério Ribeiro

Mestre Mauro Coelho

Viseu, novembro de 2021

Resumo

Introdução: A realização deste Relatório de Estágio enquadra-se no âmbito do Curso de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica e do Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu e, tem como objetivo descrever, fundamentar e analisar as atividades desenvolvidas, ao longo dos estágios do Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, e que contribuiram para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e para a aquisição das competências específicas do enfermeiro em Enfermagem Médico – Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. No contexto deste relatório final, surge a realização de um estudo de investigação, baseado na prática clínica numa área de especial interesse e motivação, que engloba o doente crítico do foro neurológico e o conhecimento dos enfermeiros na aplicação da Escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* (RACE) no pré-hospitalar.

Objetivo: Adquirir competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais especificamente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Métodos: Realização de Estágios na área de Urgência Polivalente e Cuidados Intensivos.

Resultados: Através da realização de estágios na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em urgência e cuidados intensivos, realização de pesquisa e fundamentação teórica da prática clínica é possível adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Sendo uma área abrangente e sendo o doente crítico o principal foco de intervenção neste âmbito, demonstrou-se a necessidade de aliar ao conhecimento teórico esta fundamentação mais prática. As áreas de urgência e cuidados intensivos são áreas mais abrangentes e específicas, respetivamente, que tornam possível cumprir os objetivos estabelecidos inicialmente.

Conclusão: Denota-se a aquisição de competências como Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica, no entanto, esta busca de conhecimento atualizado é uma necessidade constante.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica; Competências; Acidente Vascular Cerebral

Abstract

Introduction: This Internship Report falls within the command of Post - Degree in Specialization in Medical - Surgical Nursing and the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing at the Superior School of Nursing of Viseu, and aims to describe, substantiate and analyse the activities developed during the internships of Emergency Service and Intensive Care Unit and which contributed to the acquisition of common skills of critical nurse specialists and to the acquisition of specific skills in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Critical situation. This final report lead to a research study based on clinical practice in an area of special interest and motivation, which embraces the critically ill neurological patient and the knowledge of nurses in the application of the Rapid Arterial Occlusion Evaluation (RACE) scale in the pre-hospital care.

Objective: Acquire skills in the area of Medical-Surgical Nursing, more specifically in the area of Nursing for Persons in Critical Situation.

Methods: Internships in the area of Multipurpose Urgency and Intensive Care.

Results: Through internships in the area of Nursing for Persons in Critical Situation, in urgency and intensive care, conducting research and theoretical foundation of clinical practice, it is possible to acquire the skills of a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. As a comprehensive area and the critically ill being the main focus of intervention in this area, the need to combine this more practical foundation with theoretical knowledge was demonstrated. The emergency and intensive care areas are more comprehensive and specific areas, respectively, which make it possible to meet the goals initially established

Conclusion: It denotes the acquisition of competences as a Specialist Nurse in the area of Medical-Surgical Nursing for Persons in Critical Situation, however, this search for updated knowledge is a constant need

Key-words: Specialist Nurse; Person in Critical Situation; Skills; Stroke

Sumário

Resumo	5
Sumário	9
Lista de Siglas e Acrónimos.....	11
Introdução.....	13
Parte I- Estágio em Contexto de Urgência	17
1-Competências Específicas Adquiridas.....	19
2-Evidências das Atividades Realizadas.....	21
3-Avaliação por competências	27
Parte II- Estágio em Cuidados Intensivos	29
4-Competências Específicas Adquiridas.....	31
5-Evidências das Atividades Realizadas.....	33
6-Avaliação por competências	37
Parte III- Trabalho de Investigação “Conhecimento dos Enfermeiros do Pré-Hospitalar sobre a aplicação da Escala <i>Rapid Arterial Occlusion Evaluation - RACE</i>”	39
Anexos.....	63
Anexo I- Projeto de Estágio em Contexto de Urgência	65
Anexo II- Trabalho de Grupo Realizado em Contexto de Estágio de Urgência	89
Anexo III- Projeto de Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos.....	123
Anexo IV- Trabalho de Grupo Realizado em Contexto de Estágio em Cuidados Intensivos	143
Anexo V- Projeto de Investigação.....	165
Anexo VI- Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu	185
Anexo V- Questionário Aplicado aos Enfermeiros a Exercer Funções no Pré-Hospitalar...	197

Lista de Siglas e Acrónimos

APVcmv – Pressão Adaptativa com Ventilação Obrigatória Controlada

APVsimv- Sincronizada Intermitente Obrigatória

ASV- Ventilação de Suporte Adaptativo

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BIS- Bispectral Index

BO- Bloco Operatório

CCD- Centro de Controlo de Doenças

CPSSS- *Cincinnati Pre-hospital Stroke Severity Score*

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CHTV- Centro Hospitalar Tondela-Viseu

DuoPAP- Modo Pressão Positiva Bifásica nas Vias Aéreas

ECG- Escala de Coma de *Glasgow*

ECMO- Oxigenação por Membrana Extracorporal

EEG- Eletroencefalograma

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOT- Entubação Orotraqueal

EPI's- Equipamentos de Proteção Individual

EQM- Escala de Queda de *Morse*

ESCID- Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

EV- Endovenosa

FAST- ED- *Field Assessment Stroke Triage for Emergency Destination*

FV- Fibrilhação Ventricular

LAMS- *Los Angeles Motor Score*

MEMC- Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NIHSS- *National Institute of Health Stroke Scale*

NIV- Ventilação Não Invasiva

NIV-ST- Ventilação Não Invasiva Espontânea/Temporizada

nCPAP-PS- Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas por Via Nasal

OMS- Organização Mundial de Saúde

ORL- Otorrinolaringologia
PCR- Paragem Cardiorrespiratória
P-CMV- Ventilação Obrigatória com Pressão Controlada
P-SIMV- Ventilação Sincronizada Intermitente Obrigatória com Pressão Controlada
RASS- *Richmond Agitation-Sedation Scale*
SCMV- Ventilação Sincronizada Controlada Obrigatória
SIMV- Ventilação Sincronizada Obrigatória Intermitente
RACE- *Rapid Arterial Occlusion Evaluation*
SCA- Síndrome Coronário Agudo
SE- Sala de Emergência
SU- Serviço de Urgência
SUP- Serviço de Urgência Polivalente
TC- Tomografia Computorizada
TOT- Tubo oro traqueal
UAVC- Unidade de AVC
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
VM- Ventilação Mecânica
VMI- Ventilação Mecânica Invasiva
VS- Modo de Suporte de Volume
VvAVC- Via Verde AVC

Introdução

A execução deste relatório surge no âmbito da realização do Estágio com Relatório Final em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos, que decorreram no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), inserido na 7ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Cada estágio contou com um total de 180 horas, sendo que o estágio em SUP decorreu entre os dias 1 de março e 5 de maio e UCIP entre os dias 17 de maio e 16 julho de 2021, realizado sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha e do Professor Doutor Olivério Ribeiro, respetivamente.

Nesta Unidade Curricular insere-se igualmente o trabalho de investigação intitulado “Conhecimentos dos enfermeiros do pré-hospitalar sobre a aplicação da Escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* - RACE” e pretende avaliar o conhecimento dos enfermeiros do pré-hospitalar na aplicação da escala RACE em doentes vítimas de défice neurológico agudo.

Segundo o Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que integra o conjunto de competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica, paliativa, peri operatória e situação crónica, as “competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica são:

- Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na área da pessoa em situação crítica surgem os estágios em contexto de urgência polivalente e unidade de cuidados intensivos.

Urgência é definida como uma situação clínica de instalação súbita, em que existe risco ou compromisso de funções vitais. Emergência define-se como uma situação de estabelecimento súbito com compromisso de uma ou mais funções vitais. O serviço de urgência (SU) abrange todas as situações clínicas que se enquadrem nestas definições e

consiste numa unidade diferenciada com atendimento técnico e científico (Direção-Geral de Saúde, 2001).

A medicina intensiva é definida como uma área específica que engloba a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda, que possam ser reversíveis, em doentes que apresentem falência vital (Paiva et al., 2016).

As unidades cuidados intensivos (UCI) são unidades polivalentes, qualificadas para assumir a responsabilidade pelos doentes com disfunção orgânica, com objetivo de prevenir e reverter situações clínicas com implicação de funções vitais. São, portanto, unidades responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde o doente se encontre, isto é, serviços de internamento ou urgência (MCEEMC, 2018).

A realização destes estágios permitiu-me adquirir várias competências, que me possibilitaram crescer enquanto profissional e adaptar essas mesmas competências ao meu contexto profissional. Muitos dos casos clínicos com que contatei foram uma novidade, no entanto, foram uma grande base de aprendizagem, sendo esse, desde sempre, o meu principal objetivo.

No que concerne ao trabalho de investigação optei pela problemática do acidente vascular cerebral (AVC), trata-se de uma patologia com elevadas repercussões na qualidade de vida da pessoa vítima de AVC, na sua família assim como em grandes encargos para o Serviço Nacional de Saúde. A VVAVC tem-se traduzido em ganhos em saúde e em qualidade de vida, sendo uma área que ainda merece maior desenvolvimento/investigação. Neste sentido, e em função de várias formações a que assisti, existem várias escalas, que utilizadas na área pré-hospitalar podem contribuir para um encaminhamento mais adequado à situação clínica do doente, face aos défices apresentados, e, neste âmbito, surge a aplicação da escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation (RACE)*.

O trabalho consistirá na aplicação de questionários a enfermeiros que exercem funções na área pré-hospitalar, tendo como principal foco a sua experiência e conhecimento na aplicação e utilização da escala RACE.

O presente relatório tem como objetivo descrever e dar a conhecer as competências adquiridas, partilhar as minhas experiências e demonstrar a importância da aplicação da escala acima referida, na área pré-hospitalar para o encaminhamento da pessoa com défice neurológico agudo.

O relatório encontra-se dividido em três partes: Parte I que integrará o estágio em contexto de urgência; Parte II que descreve o estágio em contexto de cuidados intensivos;

Parte III, que incluirá o trabalho de investigação cujo tema é “Conhecimentos dos enfermeiros do pré-hospitalar sobre a aplicação da Escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* – RACE”.

Parte I- Estágio em Contexto de Urgência

1- Competências Específicas Adquiridas

O enfermeiro especialista integra competências concretas de acordo com o alvo e contexto da intervenção, nomeadamente na enfermagem à pessoa em situação crítica, na enfermagem à pessoa em situação paliativa, na enfermagem à pessoa em situação peri-operatória e na enfermagem à pessoa em situação crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As competências sobre as quais me debrucei e que faziam parte dos meus objetivos foram o desenvolvimento e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou prestação de cuidados ao doente urgente.

Desta forma, são competências do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica:

- “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste contexto, foi desenvolvido inicialmente, um projeto de estágio, que seguiu de guia para atingir os objetivos, com necessidade de reformulação ao longo do tempo de estágio, considerando que consegui adquirir as competências e objetivos pretendidos.

Como referido no projeto de estágio, é importante definir objetivos, planeá-los, aplicá-los e analisá-los ao longo do estágio, individualmente, uma vez que estamos perante um nível de formação mais avançado, em que o principal foco é aplicar o conhecimento teórico na prática, adquirindo novas competências técnicas e científicas, em parceria com os nossos tutores, que nos ajudarão a alcançar os objetivos delineados, funcionando como nossos guias no desenvolvimento da atividade formativa. Para tal, passo a analisar individualmente, os objetivos mencionados no projeto (anexo I), definindo as competências que desenvolvi e as experiências que me permitiram crescer enquanto profissional.

O objetivo principal deste estágio foi Planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico, na área urgente e emergente, identificando as suas principais necessidades e contribuindo para a sua resolução, de uma forma crítica e diferenciada.

Foi-me possível cuidar da pessoa que passava por processos médicos e cirúrgicos complexos, com falência orgânica, como por exemplo, doentes vítimas de quedas, doentes com déficit neurológico agudo, doentes que necessitavam de cirurgias urgentes, doentes com arritmias, entre outros, tendo adquirido competências nessa vertente, do tratamento direto à pessoa, no acompanhamento da família nesta fase aguda, através da comunicação e transmissão da informação relativa aos cuidados de enfermagem.

Em situações de emergência intervi em doentes vítimas de trauma, tais como doentes vítimas de traumatismo por arma branca em choque hemorrágico, fraturas expostas, vítimas de acidente por máquina agrícola, doentes do foro neurológico, com realização de trombólise, pneumotórax hipertensivo, no entanto, não tive oportunidade de intervir em situações de catástrofe, conheci o plano da urgência do CHTV e tive a oportunidade de me familiarizar com todo o material.

No que respeita a prevenção e controlo da resistência a antimicrobianos penso que esta medida esteve sempre em voga, uma vez que, é a base da nossa profissão enquanto enfermeiros, neste caso, uma vez que, em situações de emergência muitas vezes acontece o inesperado, com situações com risco elevado de infeção, temos de adaptar as circunstâncias e, desta forma garantir as técnicas asséticas, bem como a utilização correta dos medicamentos, a correta manipulação dos dispositivos, a desinfeção das mãos de forma correta e frequente, a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's), prevenção e controlo da utilização da antibioterapia e a higienização ambiental (Sobre & De, 2013). Utilizei em todos os procedimentos técnica assética, tentei manter sempre a distância entre doentes, procurei, em doentes com tubo oro traqueal respeitar as *bundles* de prevenção de infeção, mantive técnica assética no tratamento de feridas.

Em suma, considero ter adquirido competências para a minha prática profissional com a realização deste estágio, sobretudo no que concerne ao tratamento do doente crítico.

2- Evidências das Atividades Realizadas

No contexto de urgência polivalente, dadas as diversas condições clínicas com que me deparei, avaliei sempre o doente crítico pela metodologia ABCDE.

A metodologia ABCDE, consiste:

- A- *Airway* ou Via aérea, com controlo da cervical em doentes vítimas de trauma;
- B- *Breathing* ou Ventilação;
- C- *Circulation* ou Circulação;
- D- *Disability* ou Disfunção Neurológica;
- E- *Exposure* ou Exposição.

Esta metodologia permite a avaliação da vítima de uma forma estruturada e esquematizada de acordo com as prioridades, tendo como objetivo “tratar primeiro aquilo que mata primeiro”, identificando as condições de vida fatais, iniciando o tratamento de uma forma precoce, evitando a deterioração clínica do doente, até chegar à Paragem Cardiorrespiratória (PCR) (INEM, 2019).

O doente crítico é muitas vezes identificado como crítico pela equipa pré-hospitalar que o acompanha ou pela equipa de enfermagem que se encontra a realizar a triagem de Manchester, desta forma, a colheita de dados é realizada junto destas equipas que acompanham o doente ao hospital, ou entrando em contato com os familiares.

Ao longo do estágio tive oportunidade de desenvolver competências na identificação de pessoa em situação crítica, servindo como exemplo, pessoa triada com prioridade laranja e alocado à área de cuidados urgentes. O doente referido encontrava-se a aguardar decisão clínica, já tinha realizado os exames na noite anterior e naquele momento, estaria a aguardar nova avaliação médica. Entretanto, encontrava-se pálido, sudorético, desconfortável, não referindo nenhuma dor específica, agitado e referia apenas um desconforto generalizado. Após alertar a minha tutora foi chamada a equipa de Medicina que avaliou o doente, suspeitando-se de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), posteriormente encaminhado, como a situação clínica o exigia.

Segundo dados do INEM (2020), o EAM é uma das principais causas de morte em Portugal.

Existe EAM quando ocorre lesão do miocárdio, definida como “elevação dos valores da troponina cardíaca, com pelo menos elevação de um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência”, com necrose num contexto clínico compatível com isquemia do miocárdio. Considera-se lesão aguda quando há descida ou subida dos valores de troponina (European Society of Cardiology, 2018).

Segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia (2018), existem cinco tipos de enfarte:

- EAM tipo 1: ateromatose aguda na artéria que irriga a área do miocárdio que enfartou;
- EAM tipo 2: desequilíbrio entre o fornecimento e as necessidades de oxigénio do miocárdio;
- EAM tipo 3: necrose cardíaca em doentes com isquemia do miocárdio e alterações isquémicas no ECG antes do resultado positivo para troponinas;
- EAM tipo 4: relacionado com a intervenção coronária percutânea (ICP);
- EAM tipo 5: relacionado com a cirurgia de revascularização do miocárdio.

O tratamento passa por alívio dos sintomas e tratamento da causa. Os sintomas tratam-se geralmente, sob monitorização e vigilância hemodinâmica, com administração de morfina, oxigénio (se apresentarem hipoxemia, pois a Hiper oxigenação é prejudicial), nitratos e antiagregante plaquetário (ácido acetilsalicílico) (INEM, 2019).

Se for EAM com supra desnivelamento do segmento ST, opta-se por trombólise, se não houver contraindicações, angioplastia ou ICP e heparina. No EAM sem supra desnivelamento ST opta-se, geralmente, por uma estratégia conservadora ou invasiva tardia (INEM,2019).

A ICP ou angioplastia é uma técnica invasiva realizada em unidades de hemodinâmica, que tem como objetivo desobstruir a artéria, devendo ser realizada num período inferior a 120 minutos, após início dos sintomas. No caso de o enfarte ser detetado no pré-hospitalar (PH) e o transporte for superior a 30 minutos deve optar-se por realizar trombólise no local (INEM, 2019).

No CHTV existe unidade de hemodinâmica, com equipa especializada para intervir na angioplastia coronária percutânea, sendo o CHTV centro de referência para os hospitais da região interior, nomeadamente, ULS da Guarda, Covilhã e Castelo Branco.

Neste caso em que presenciei a síndrome coronária aguda (SCA), não foi possível acompanhar toda a ativação da via verde coronária (VVC). Contudo, consegui cumprir um dos meus objetivos de deteção de sinais de gravidade e de identificação do doente crítico, prestando cuidados de enfermagem de forma prática e objetiva.

A metodologia ABCDE, como acima referido, é utilizada em todo o doente crítico, urgente e emergente. Como tal, considero ter atingido este meu objetivo, uma vez que utilizei sempre esta metodologia na avaliação do doente, em registos e passagem de turnos, o que me permitiu identificar precocemente pessoas em situação crítica.

A transferência de informação sobre a prestação de cuidados reveste-se de grande importância e deve obedecer a uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, de forma a garantir a segurança do doente e a continuidade dos cuidados. A técnica ISBAR aplica-se a todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição destes, provendo uma comunicação eficaz e segura entre os diferentes elementos da equipa de saúde (DGS, 2017).

Segundo a Direção Geral da Saúde (2017), é uma ferramenta padronizada de comunicação em saúde, conhecida por promover a segurança do doente, em situações de transição de cuidados. As siglas ISBAR correspondem a:

- *Identify* (identificação): identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação;
- *Situation* (situação atual): descrição das necessidades atuais de cuidados de saúde;
- *Background* (antecedentes): descrição de fatos clínicos, de enfermagem e diretivas antecipadas de vontades;
- *Assessment* (avaliação): informação sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa utilizada, estratégias de tratamento e alterações do estado de saúde;
- *Recommendation* (Recomendações): atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

Utilizei a ferramenta ISBAR e permitiu-me desenvolver a minha capacidade de comunicação na transmissão de informação clínica acerca dos cuidados de enfermagem prestados, de uma forma clara, objetiva e sem falhas na comunicação.

Ao longo do estágio houve várias situações que tive necessidade de rever conteúdos teóricos destacando-se patologias como rabdomiólise.

Esta dúvida decorreu em contexto de SO, em que havia uma doente jovem, que teria sido vítima de queda da própria altura e estaria, na altura da queda, sob efeito de álcool. Entretanto, aquando da realização das análises clínicas foi-lhe diagnosticada rabdomiólise.

A rabdomiólise é uma patologia comum, que surge em doentes jovens, por atividade física excessiva, traumatismo, infeções, crises convulsivas ou consumo de álcool ou drogas. Esta condição clínica leva a necrose muscular através de processos como acumulação de cálcio intracelular, ativação de lipases e proteases, produção de radicais livres, e infiltração por células inflamatórias. As complicações associadas envolvem Lesão Renal Aguda (LRA), que pode desencadear alterações eletrolíticas, nomeadamente hipercaliemia, hipocalcemia e

acidose metabólica. O tratamento inclui correção dos desequilíbrios hidroeletrólíticos, alcalinização da urina, hidratação e/ou diálise (Guimarães Rosa et al., 2005).

Foi uma oportunidade de poder conhecer mais acerca desta síndrome, tão importante e comum no dia a dia clínico.

Tive necessidade também de pesquisar acerca de Síndrome de Privação Alcoólica (SPA), também esta presenciada no SO, em que havia três doentes com esta síndrome, agitados, confusos. Como havia tantos casos e em conversa com o meu tutor, tive necessidade de saber mais acerca deste assunto e surgiu a necessidade de pesquisar sobre o tema.

O SPA caracteriza-se por vários sintomas, podendo causar diversos transtornos psiquiátricos, dependendo da abstinência total ou parcial ao álcool. O objetivo do tratamento consiste em minimizar os efeitos secundários e evitar fenómenos como convulsões ou *delirium tremens* e, de igual forma, promover a abstinência alcoólica. Após a suspensão do álcool iniciam-se, em cerca de dois dias ou horas sintomas como: hiperatividade do Sistema Nervoso Central (SNC), tremores das extremidades, insónias, náuseas, vômitos, agitação psicomotora, alucinações e em casos mais graves, convulsões (Marques et al., 2001).

Na abstinência, quando os doentes não fazem qualquer tipo de medicação, podem surgir três fases de doença. A primeira fase corresponde às primeiras 24 horas e inclui sintomas como ansiedade, inquietação, náuseas, Hipertensão Arterial (HTA), taquicardia e tremores. A segunda fase ocorre entre as 24 horas e as 72 horas, e inclui sintomas como inquietação, agitação, tremores, sudorese, diaforese, HTA, alucinações e alterações da percepção. A fase número três, ocorre após as 72 horas e é caracterizada por HTA, hipertermia, tremores generalizados, alterações hidroeletrólíticas e, em condições mais graves, pode levar à morte (Ribeiro, 2008).

O tratamento passa por correção dos desequilíbrios hidroeletrólíticos, correção da desnutrição, através da administração de vitamina B12, B9, tiamina, entre outras, hidratação através da reposição de volémia, administração de psicofármacos (haloperidol, carbamazepina) e de benzodiazepinas (Leal, 2015).

No caso dos doentes, acima referidos, internados em SO, houve mesmo a necessidade de sedação, com propofol, sob monitorização contínua, bem como, administração de vitaminas, via Intramuscular (IM), soroterapia, vigilância neurológica e controlo do débito urinário, para monitorização do débito cardíaco.

O propofol é um medicamento que pertence ao grupo dos anestésicos. Tem efeito sedativo, sendo utilizado para indução e manutenção de anestesia geral em cirurgias ou como anestesia geral de curta duração e rápido início de ação (cerca de 30 segundos). Como principal efeito secundário tem a hipotensão (Fresenius Kabi, 2017).

Na SE tive algumas oportunidades de aquisição de novas competências e de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Tive pessoas vítimas de politrauma, com enfisema subcutâneo com pneumotórax associado e traumatismo por arma branca, convulsões, Fibrilhação Auricular (FA) com Resposta Ventricular Rápida (RVR) com necessidade de cardioversão química e posteriormente elétrica e VVAVC com necessidade de tratamento fibrinolítico e preparação para transporte inter-hospitalar para realização de trombectomia mecânica.

O trauma constitui uma das maiores causas de morbidade e mortalidade em adultos jovens no nosso país (Ordem dos Médicos, 2009).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Centro de Controlo de Doenças (CCD) morrem a cada minuto cerca de 9 pessoas vítimas de ferimentos e violência e 5,8 milhões de pessoas anualmente em todo o mundo vítimas de lesões não intencionais e violência. O mecanismo de lesão do trauma é 18% mais significativo do que as outras doenças (ATLS,2018).

Esta área clínica é conhecida pela “*golden hour*” após o trauma, uma vez que quanto mais depressa a vítima for socorrida e transportada para atendimento hospitalar maior será a possibilidade de sobrevivência (Valente et al., 2012).

A prioridade em todos os doentes vítimas de trauma são o reconhecimento e tratamento de lesões que podem colocar em risco a vida, de acordo com a ordem de gravidade. (Kashani & Saberinia, 2019). De acordo com a gravidade do trauma o tratamento tem de ser realizado com o objetivo de recuperar a estrutura ou órgão lesado e as suas funções, assegurando sempre a VA (Kashani & Saberinia, 2019).

Tive também oportunidade de prestar cuidados ao doente na SE a uma doente com FA com RVR, que vinha da UDC a fazer cardioversão química com amiodarona, que não surtiu efeito, e tinha necessidade de ser submetida a cardioversão elétrica.

A cardioversão elétrica sincronizada é uma técnica utilizada para converter taquicardias de origem auricular ou ventricular. É sincronizada porque é programada para aplicar o choque na onda R, sob o risco de poder causar Fibrilhação Ventricular (FV) se sincronizar na onda T do ECG. Para aplicação deste choque, devem manter-se as condições de segurança, nomeadamente, afastar oxigénio, assegurar condições do tórax, afastar contactos e evitar a água, sendo que quando for para administrar o choque deve-se avisar os restantes intervenientes para se poderem afastar (INEM, 2019).

Durante este estágio, tive oportunidade de intervir nalgumas VVAVC, com tratamento fibrinolítico e preparação para transferência para o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) para realização de trombectomia. Destes casos, o que me proporcionou mais

experiências foi uma pessoa do gênero masculino de 63 anos de idade que em cerca de meia hora antes da sua chegada ao hospital apresentou um quadro de afasia global, com hemiparesia direita e, sendo esse o motivo de encaminhamento ao hospital.

Para uma resposta mais célere da VVAVC implica uma adaptação do PH para que o encaminhamento do doente se realize de forma célere, para proporcionar o tratamento mais adequado o mais brevemente possível. A janela de inclusão, neste momento inclui as 24 horas desde o início dos sintomas ou em que o cuidador viu a vítima bem pela última vez e considera-se igualmente o grau de autonomia prévio, não sendo neste momento, incluído o fator idade. Para benefício do tratamento do doente, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) deve contactar a Unidade AVC (UAVC) mais próxima e decidir o encaminhamento, se justificado para centros de trombectomia (INEM,2019).

A preparação para trombectomia mecânica envolve tricotomia inguinal bilateral, remoção de adornos, algaliação com contabilização de débito urinário para sistema de diurese horária e dois acessos venosos de grande calibre, um em cada membro superior.

A trombólise ou fibrinólise consiste na terapêutica administrada para dissolução do trombo que está a ocluir a artéria (INEM,2019).

O AVC isquémico é responsável por cerca de 80% do número de AVC existentes, sendo uma das principais causas de deficiência e morte a nível mundial. Para tratar o AVC isquémico existem dois tipos de tratamento, que têm como objetivo restaurar o fluxo sanguíneo através da trombólise, e/ou da terapia endovascular, conhecida como trombectomia mecânica, que remove o coágulo que obstrói a artéria (El Tawil & Muir, 2017).

Segundo os mesmos autores, a trombólise realizada com *alteplase* demonstrou benefícios quando administrada dentro de 4,5 horas após o início da sintomatologia de AVC. A terapêutica de reperfusão com *tenectelase* ainda está a ser estudada. A trombectomia consiste na remoção endovascular do coágulo, demonstrando efeitos benéficos quando realizada num período entre 6 a 12 horas após início dos sintomas (Powers et al., 2019).

3- Avaliação por competências

A realização do estágio em Urgências foi produtiva, a nível pessoal e profissional, tendo a possibilidade de conhecer uma nova realidade e de relembrar alguns conhecimentos técnicos e teóricos.

Inicialmente, ao começar o estágio, senti que faltava a componente prática, pelo que com o decorrer do estágio fui ganhando confiança e autonomia no cuidar do doente crítico, sobretudo em SE. Sendo a Urgência um serviço diversificado houve sempre a necessidade constante de realizar pesquisas e procurar saber sempre mais.

A Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE,2019; p.4744). Defende ainda que os cuidados de enfermagem à pessoa crítica são cuidados complexos e contínuos prestados à pessoa em risco imediato de vida, com uma ou mais funções vitais afetadas. Em que o principal objetivo são a manutenção das suas funções básicas e a prevenção de possíveis complicações (OE,2011).

“Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida “. O mesmo regulamento refere que é “competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação:

1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Concluo, portanto, que foram atingidos os objetivos pretendidos com a realização do estágio, sendo possível adquirir as competências supramencionadas.

Parte II- Estágio em Cuidados Intensivos

4- Competências Específicas Adquiridas

Como acima mencionado, é competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

- “Cuidar da pessoa, família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (MCEEMC, 2018).

O papel do enfermeiro generalista resume-se à prestação de cuidados de uma forma independente, a pessoas, famílias ou comunidades, sãs, doentes tendo como objetivo manter ou melhorar a sua saúde. Numa UCI, o papel do enfermeiro difere, pois este, tem como principais funções avaliar e monitorizar continuamente o doente, coordenar, implementar e avaliar planos de cuidados, administrar simultaneamente vários medicamentos, antecipar situações que possam ser negativas para o doente, estabelecendo prioridades no cuidar do doente (Pinho, 2020).

Ao longo desta passagem pela UCIP tive oportunidade de adquirir, como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, competências médico-cirúrgicas específicas a doentes do foro neurológico, cirúrgico, vítimas de covid-19, politraumatizados, doentes em status pós paragem cardiorrespiratória (PCR) e doentes em morte cerebral.

Foi parte integrante dos meus objetivos o cuidar do doente crítico, referindo os cuidados com a via aérea, a prestação de cuidados ao doente, os cuidados com a nutrição entérica, tendo atingido este objetivo na plenitude, sendo que ainda me foi possível observar e participar noutro tipo de cuidados, tais como oxigenação por membrana extra corpórea (ECMO) e cuidados ao potencial dador de órgãos, que inicialmente, não constavam no meu projeto, mas que, com o decorrer do estágio se tornaram um objetivo.

É importante definir objetivos, planeá-los, aplicá-los e analisá-los ao longo do estágio, individualmente, uma vez que estamos perante um nível de formação mais avançado, em que o principal foco é aplicar o conhecimento teórico na prática, adquirindo novas competências técnicas e científicas, em parceria com os nossos tutores, que nos ajudarão a alcançar os objetivos traçados, funcionando como nossos guias no desenvolvimento da nossa atividade formativa. Para tal, passo a analisar individualmente, os objetivos mencionados no projeto,

definindo as competências que desenvolvi e as experiências que me permitiram crescer enquanto profissional.

Como objetivo geral deste estágio pretendia essencialmente planejar, executar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico, na área de cuidados intensivos polivalentes, identificando as suas principais necessidades e contribuindo para a sua resolução, de uma forma crítica e diferenciada, prevenindo e evitando as complicações que possam surgir.

5- Evidências das Atividades Realizadas

O doente crítico define-se como aquele cuja vida está ameaçada, por falência ou possibilidade de falência multiorgânica ou das funções vitais e, que, por tal motivo necessita de vigilância, monitorização e terapêutica. Por este motivo, os cuidados de enfermagem nesta área são mais específicos, qualificados, dando resposta às necessidades do doente de forma a prevenir complicação e limitar incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os cuidados de enfermagem ao doente crítico incluem observação, conhecimento da situação da pessoa que requer os cuidados e de prevenir e detetar possíveis complicações, prestando intervenções seguras e eficazes (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste sentido, tive várias oportunidades, de cuidar do doente crítico, de prevenir possíveis complicações, de prestar cuidados a doentes do foro neurológico, politraumatizado, cirúrgico, respiratório, que me deu a possibilidade de desenvolver competências a vários níveis.

Como primeiro e objetivo primordial tinha o assegurar a via aérea, conhecer melhor o procedimento da entubação oro traqueal (EOT) e ventilação, incluindo os modos ventilatórios.

Os ventiladores utilizados na UCIP incluem vários modos ventilatórios, nomeadamente ventilação sincronizada controlada obrigatória (SCMV) com volume controlado e obrigatório, ventilação de pressão adaptativa com ventilação obrigatória controlada (APVcmv), ventilação sincronizada obrigatória intermitente (SIMV), ventilação de pressão adaptativa com ventilação sincronizada intermitente obrigatória (APVsimv), ventilação obrigatória com pressão controlada (P-CMV), ventilação sincronizada intermitente obrigatória com pressão controlada (P-SIMV), modo pressão positiva bifásica nas vias aéreas (DuoPAP), ventilação por liberação de pressão das vias aéreas (APRV), modo de suporte de volume (VS), modo espontâneo e ventilação não invasiva (NIV), ventilação não invasiva espontânea/temporizada (NIV-ST), modo pressão positiva contínua nas vias aéreas por via nasal (nCPAP-PS), tratamento por *Hi Flow O₂*, modo ventilação de suporte adaptativo (ASV) (AG, Operator's Manual, 1983).

Os modos ventilatórios com que tive oportunidade de trabalhar mais foram o SCMV, P-CMV, *Hi flow O₂*, NIV e o modo espontâneo.

O modo SCMV consiste num modo ventilatório ciclado a volume controlado e obrigatório, isto é, quando um doente não consegue iniciar um ciclo respiratório o ventilador inicia o processo com um volume corrente, uma frequência respiratória e um tempo inspiratório definido. Neste caso, o ventilador irá sempre produzir o mesmo volume corrente, previamente definido pelo médico, podendo alterar a pressão, dependendo da resistência e complacência do pulmão do doente (AG, Operator's Manual, 1983).

Existe também o modo P-CMV, que também dominei durante o estágio, e consiste em ciclos ventilatórios controlados a pressão e obrigatórios. O ciclo pode ser iniciado pelo

ventilador ou pelo doente, sendo que quando iniciado pelo doente a frequência inspiratória pode aumentar. Neste modo ventilatório a pressão é controlada pelo médico, com um tempo e frequência inspiratória igualmente definidas (AG, Operator's Manual, 1983).

O modo espontâneo também é constantemente utilizado, sendo um modo iniciado pelo doente, criado especificamente para doentes entubados, utilizados geralmente na fase inicial do desmame do ventilador, estando este modo, sempre assegurado pelo suporte de pressão definido pelo ventilador (AG, Operator's Manual, 1983).

De acordo com o mesmo manual ,o *Hi flow*, que tive oportunidade de observar num doente vitima de covid-19 e num doente com pneumonia intersticial, consiste num fornecimento continuo de oxigénio humidificado e aquecido ao doente, sendo igualmente o fluxo e o nível de oxigénio controlado pelo médico.

O manuseamento do tubo orotraqueal (TOT) também foi, em certa medida, uma oportunidade de crescimento profissional, nomeadamente no que se refere às *bundles* de prevenção da infeção associada à ventilação mecânica invasiva (VMI), ao seu domínio e conhecimento.

As infeções associadas à VMI são cada vez mais frequentes, pois cada vez existem mais dispositivos invasivos que suportam a vida humana e o ventilador não deixa de ser um meio que substitui a respiração espontanea do doente por ação de um ventilador. Nesse sentido, a pneumonia associada à VMI representa uma das infeções mais comuns em UCI. Com o objetivo de prevenir este tipo de infeções surgem as *bundles* que têm como objetivo diminuir a variabilidade das práticas, melhorando a prestação de cuidados ao doente (Miranda da Cruz & da Silva Martins, 2019).

Salienta-se a importância e necessidade constante de formação dos profissionais de saúde, da verificação da pressão do cuff, da realização da higiene oral com clorhexidina uma vez por turno, na utilização de técnica assética para a aspiração de secreções pelo TOT, manutenção dos sistemas ventilatórios limpos e a sua substituição apenas quando visivelmente consporcados e a higienização das mãos com frequência (Miranda da Cruz & da Silva Martins, 2019).

Após adquirir conhecimentos sobre a VM, faltava-me obter conhecimento do controlo hemodinâmico, nomeadamente, monitorização invasiva e nesse aspeto, desde o inicio do estágio, que me foi possível colcaborar na colocação de linha arterial, monitorização de temperatura corporal central, colheitas de gasimtrias pela linha arterial, bem como colocação de cateter venoso central (CVC) e manipulação e otimização dos mesmos.

Obviamente que toda a manipulação destes sistemas e técnicas invasivas requerem técnica assética, que tive sempre o cuidado de manter e garantir. Aliado a esta técnica, surge a interpretação gasimetrica, que tive a oportunidade de conhecer melhor e poder interpretar,

sem dificuldades, valores de gasimetria arterial, que, até então, ainda não me tinha sido possível, na minha prática clínica diária obter.

Este estágio também contribuiu para aquisição de conhecimento e manipulação constante de terapêutica sedo-analgésica de forma constante e frequente, para manter níveis de sedação dentro do pretendido, de acordo com prescrição e objetivo médico, sendo o fármaco sedativo de eleição o propofol, mantendo e gerindo sempre de acordo com o perfil tensional do doente e com o suporte de amins, no caso de necessidade, o dexdor como segunda eleição, o alfentanil, seria utilizado frequentemente como analgésico. Toda a medicação seria gerida de acordo com o estipulado medicamente, de acordo com a estabilidade hemodinâmica do doente, com o seu estado clínico e objetivo terapêutico.

O nível de sedação do doente é controlado a cada turno, bem como a dor, através da aplicação de instrumentos como o *Bispectral Index* (BIS) e de escalas como a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID), respetivamente.

A utilização de escalas para avaliar o nível de sedação, de protocolos de sedação e de fármacos sedativos, excluindo as benzodiazepinas, contribui para a melhoria do prognóstico do doente em UCI através da diminuição da duração da ventilação mecânica (VM), do tempo de internamento, de delírio e da disfunção cognitiva do doente posteriormente (Monte, 2020).

A escala RASS avalia o nível de consciência através da qualidade e profundidade da sedação, indicando um score de +4 quando agressivo ou de -5 quando não despertável. O BIS consiste num aparelho de eletroencefalograma (EEG), fácil de usar, no entanto, o seu uso torna-se limitado devido à quantidade de artefacto que cria (Monte, 2020).

A dor deve ser avaliada a todos os doentes, sendo que, em doentes que não conseguem comunicar deve ser avaliada através dos comportamentos manifestados pelos mesmos. A escala ESCID avalia cinco itens comportamentais, em doentes sedados profundamente ou com bloqueios neuromusculares, tais como musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação ventilatória e conforto (Pinho et al., 2012).

Previamente ao início do estágio este seria um dos meus principais objetivos, uma vez que sempre tive a curiosidade da doação de órgãos, da forma como se desenvolve o processo e as provas de morte cerebral, e, logo no início do estágio, tive oportunidade de assistir às primeiras provas de morte cerebral e acompanhar a doente, posteriormente ao BO para a realização da colheita de órgãos.

A morte nos antepassados era vista como irreversível, com cessação de funções vitais e comum a todos os seres vivos. Com o tempo surgiram novos métodos de assegurar as funções vitais, como diálise, ventilação mecânica e suporte circulatório, e houve a

necessidade de criar o termo morte cerebral para as situações de irreversibilidade de funções vitais. De acordo com o “Parecer do Grupo de trabalho da Ordem dos Médicos” de 1986, uma pessoa é considerada morta quando ocorre paragem irreversível cardiorrespiratória e paragem irreversível das funções do tronco cerebral. No entanto, para o diagnóstico de morte cerebral existem critérios, nomeadamente: 1- Lesão estrutural do Sistema Nervoso Central (SNC); 2- Escala de Coma de Glasgow (ECG) igual a 3; 3- Ausência de respiração espontânea; 4- Exclusão de todas as patologias que possam provocar o referido nos pontos anteriores (Fonseca, 2011).

Após assistir à primeira prova, realizada com a presença de dois médicos de diferentes especialidades, neste caso intensivista e neurocirurgião, foi-me possível assistir à colheita de órgãos e perceber a técnica de colheita, de preservação de órgão e da sua viabilidade para poder ser doado.

Todos os restantes objetivos foram sendo cumpridos, nomeadamente através do cumprimento das *bundles* recomendadas e adotadas pela UCI, utilizando sempre técnica asséptica na preparação da medicação e alimentação parentérica.

Uma das técnicas que gostava de assistir e de ter a oportunidade de observar e colaborar seria o procedimento oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO) e assisti a uma preparação para ECMO pela equipa do Hospital de São João que se deslocou ao CHTV para realizar o procedimento e transportar a doente.

O ECMO foi realizado pela equipa do Hospital de São João e é utilizado em doentes críticos com falência cardíaca ou pulmonar, com possibilidade de recuperação. Consiste numa técnica vital extracorporeal, temporária, podendo ser uma base para posterior cirurgia cardíaca ou transplante. É indicada para casos de suporte ventilatório em falências respiratórias graves, redução das lesões pulmonares associadas à ventilação, suporte circulatório em choques cardiogénicos graves e redução de complicações associadas ao uso de aminas. Traz alguns riscos, como riscos de coagulação, embolias, entre outras (De & Coimbra, 2014).

Ainda no decorrer do estágio, juntamente com a colega que realizava estágio em simultâneo comigo, procuramos obter, junto dos profissionais de saúde do serviço, informação acerca das necessidades formativas do serviço e, o que seria benéfico trabalharmos ou implementarmos no mesmo. Desta forma, surge a necessidade de atualizar um protocolo de risco de quedas, já existente e desenvolvido pelo hospital para todos os serviços, na generalidade, sendo que mantivemos esse protocolo como base, adaptando e criando um para a UCIP especificamente, que segue em anexo.

6- Avaliação por competências

A realização do estágio em UCIP foi produtiva, a nível pessoal e sobretudo profissional, tendo oportunidade de executar vários cuidados e técnicas que desconhecia, de contactar com casos clínicos que eram uma novidade e que me permitiram desenvolver competências e conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados e autonomia na realização de futuras atividades clínicas e na prestação de cuidados de enfermagem.

No início do estágio, apesar dos conhecimentos teóricos estarem presentes faltava a componente prática, pelo que com o decorrer do estágio fui ganhando confiança e autonomia no cuidar do doente crítico. Sendo a UCIP um serviço específico, com doentes críticos e cuidados especializados, associados a esta prática, esteve sempre inerente a procura e pesquisa de conhecimentos teóricos.

A Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE,2019; p.4744). Defende ainda que os cuidados de enfermagem à pessoa crítica são cuidados complexos e contínuos prestados à pessoa em risco imediato de vida, com uma ou mais funções vitais afetadas. Em que o principal objetivo são a manutenção das suas funções básicas e a prevenção de possíveis complicações (OE,2011). Assim, achei pertinente proceder apenas à avaliação das competências específicas desenvolvidas na UCI, tendo em conta que as competências comuns foram devidamente avaliadas e referenciadas na primeira parte do relatório.

A- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

No âmbito das competências adquiridas durante o período teórico, foi de extrema riqueza a sua aplicação na prática, o vivenciar as situações e fazer uma reflexão crítica, desenvolver autoconhecimento, ser assertiva, a partilha de experiências, o participar nas tomadas de decisões e o trabalho de equipa revelaram-se fundamentais.

B- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Os conhecimentos teóricos adquiridos permitiram uma maior confiança e assertividade permitindo gerir as situações de emergência, de acordo com as prioridades clínicas e que implicavam risco de vida.

C- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A utilização e conhecimento das *bundles* de prevenção e controlo da infeção do doente em contexto de cuidados intensivos são uma mais-valia para o doente, sendo que a colocação em prática destas *guidelines* existentes no serviço permitem minimizar os riscos associados às infeções associadas ao ventilador e às restantes manobras invasivas (MCEEMC, 2018).

Portanto, declaro que foram desenvolvidas de forma satisfeita todas as competências acima referidas, nomeadamente, no que diz respeito ao doente crítico.

Parte III- Trabalho de Investigação “Conhecimento dos Enfermeiros do Pré-Hospitalar sobre a aplicação da Escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* - RACE”

Conhecimentos dos enfermeiros do pré-hospitalar sobre a aplicação da Escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* - RACE

Marta Sofia Camões Pereira

Professor Doutor Olivério Ribeiro

Mestre Mauro Coelho

RESUMO

Enquadramento:

Introdução: Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) agudos são uma emergência médica dependente do tempo decorrido entre o início dos sintomas e o tratamento.

Objetivo: Determinar o nível de conhecimentos sobre a aplicação da *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* (RACE) em enfermeiros do pré-hospitalar.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em coorte transversal, numa amostra de 49 enfermeiros. Aplicou-se o Questionário de Conhecimentos sobre Aplicação da Escala RACE (*Rapid Arterial Occlusion Evaluation*) no Pré-Hospitalar elaborado por Pereira e Coelho (2021), divulgado e aplicado via *online* a enfermeiros a exercer no pré-hospitalar.

Resultados: Os enfermeiros detêm maioritariamente razoáveis conhecimentos (55,1%) sobre a aplicação da RACE e 24,5% têm formação na área do AVC. A formação na área do AVC e a média de doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE foram variáveis com interferências estatisticamente significativas no conhecimento dos enfermeiros. Os enfermeiros com formação na área do AVC revelaram mais conhecimentos na interpretação da RACE (M=29,29), no encaminhamento do doente (M=31,71) e mais conhecimentos globais (M=32,17; p=0,045). Os que transportaram, em média, 1 a 10 doentes para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE, possuem mais conhecimentos a nível da interpretação da RACE (M=27,50), sendo os que transportam, em média, 11 a 20 doentes, os que detêm mais conhecimentos acerca do encaminhamento do doente (M=39,76; p=0,016), com mais conhecimentos globais (M=29,40).

Conclusão: Denota-se ser necessário aumentar o nível de conhecimentos dos enfermeiros para aplicação da escala RACE para prestar cuidados mais seguros e de maior qualidade à pessoa com AVC e suspeita de oclusão de grande vaso.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; AVC; Enfermeiro; Pré-hospitalar; RACE; Conhecimentos.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa mais comum de mortes na Europa, responsável por mais de um milhão de mortes por ano e é a principal causa de invalidez a longo prazo, com 20 a 35% dos doentes com AVC a morrerem no primeiro mês após evento e até um terço dos sobreviventes perdem sua independência (Aguiar de Sousa, von Martial, Abilleira, Gattringer, Kobayashi et al., 2019). Conseqüentemente, de acordo com os mesmos autores, o impacto socioeconómico do AVC é considerável, com um custo anual na Europa estimado em 45 bilhões de euros: 20 bilhões para atendimento direto, 9 bilhões relacionados com a perda da produtividade e 16 bilhões para cuidados informais. A incidência de AVC difere amplamente na Europa. Especificamente, a incidência, o caso e a letalidade do AVC em países da Europa Central e Oriental permanece maior do que no Norte, Oeste e nos países do sul da Europa. Em Portugal, “as doenças cérebro e cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte, situando-se entre os oito países europeus com maior taxa de mortalidade” (Figueiredo, Pereira & Mateus, 2020, p. 37).

As doenças cerebrovasculares estão entre as principais causas de morte e invalidez na maioria dos países e em todo o mundo representa 16,8% das mortes e 10,2% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), o que é particularmente relevante em países de baixo e médio rendimento, onde, nas últimas décadas, houve um aumento na incidência e incapacidade causada por doenças cerebrovasculares (Oliveira & Rocha-Filho, 2019).

O AVC é uma causa significativa de morbidade e mortalidade a nível mundial e pode ser classificado como isquémico, hemorrágico ou subaracnoide. Entre os derrames isquémicos, a classificação *Trial Org 10172 in Acute Stroke Treatment* é usada para subdividir as categorias que incluem cardioembolismo, oclusão de pequenos vasos, aterosclerose de grandes artérias e derrame de etiologia indeterminada (Hui & Patti, 2021). De acordo com os mesmos autores, o AVC é a quinta causa mais comum de morte, se considerado separadamente de outras doenças cardiovasculares, cuja prevalência aumenta com a idade. O risco ao longo da vida de todos os tipos de AVC é maior nas mulheres, no entanto, isso é atribuído a uma expectativa de vida mais longa.

Após o AVC, os doentes que sobrevivem ao evento podem sofrer sequelas significativas a nível físico e mental, o que se traduz num aumento das despesas com saúde e, a nível pessoal, uma mudança radical na sua situação funcional. Entre as sequelas mais frequentes estão os défices motores totais ou parciais, alterações sensoriais e de linguagem, fadiga, quedas/fraturas, espasticidade, incontinência do trato urinário, contraturas, depressão, ansiedade, demência, distúrbios de memória, défices de atenção ou disfunção sexual, entre outros (Senovilla-González, Hernández-Ruiz & García-García, 2021). As oclusões de grandes vasos (OAGV) são um tipo de enfarte cerebral, ou seja, um AVC isquémico com défice neurológico mantido por mais de 24 horas, de causa aterotrombótica que causa a oclusão de grandes vasos (Rai, Seldon, Boo, Link, Domico, Tarabishy, Lucke-Wold & Carpenter, 2017). A oclusão de grande vaso tem uma alta prevalência em AVC's isquémicos agudos. Rennert, Wali, Steinberg, SantiagoDieppa, Olson, Pannell et al. (2019) afirmam que essas oclusões associam-se a maior morbidade, mortalidade e pior prognóstico. Por este motivo, e tendo em consideração que o AVC é uma emergência médica dependente do tempo, sendo imprescindível o estabelecimento precoce do tratamento adequado. As evidências científicas mostram que, para pessoas com oclusão de grande vaso, o tratamento mais eficaz é a trombectomia, com ou sem tratamento fibrinolítico associado, embora alguns autores, tenham demonstrado que a terapêutica trombolítica com ativador Plasminogénio tecidual (Plasminogénio Tissular Ativador, t-PA) não é muito eficaz porque é resistente à trombólise por drogas. Em última análise, para determinar o tratamento ideal (trombectomia ou

fibrinólise) e o planeamento da transferência do doente para um centro de trombectomia, é conveniente usar escalas de avaliação da oclusão de grande vaso, sendo uma delas a Escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* (RACE) (Senovilla-González et al., 2021). A capacitação dos enfermeiros que exercem funções no pré-hospitalar é fundamental para garantir uma avaliação neurológica da pessoa acometida por AVC, determinar a probabilidade desta ter oclusão de grande vaso e ser elegível para tratamento endovascular, bem como uma transferência rápida para o alcance da terapia precoce. Neste âmbito, a escala RACE permite aos enfermeiros fazer a avaliação para a deteção de suspeita de oclusão de grande vaso, garantindo um acesso mais rápido à terapia endovascular.

Alicerçado nestes postulados definiu-se a seguinte questão de investigação: Qual o nível de conhecimento de enfermeiros a exercer funções no pré-hospitalar sobre a aplicação da escala RACE?

1. ENQUADRAMENTO

O AVC define-se como um distúrbio neurológico provocado por oclusão de vasos sanguíneos cerebrais através da formação ou deslocação de coágulos que interrompem o fluxo sanguíneo, causando obstrução das artérias ou levando à sua rotura. Esta rotura ou obstrução das artérias conduz à morte celular por falta de oxigénio (Kuriakose & Xiao, 2020). Caracteriza-se pelo desenvolvimento rápido de distúrbios neurológicos focais ou globais, comprometendo a função cerebral, manifestando-se através de sinais e sintomas que permanecem por um período superior a 24 horas ou que podem mesmo levar à morte (Costa, Pedro, Barreira, Mendes, Araújo & Novo, 2020). Segundo Kuriakose e Xiao (2020), o AVC é responsável por atingir cerca de 13.7 milhões de pessoas e por ser a causa de morte de cerca de 5.5 milhões de pessoas anualmente em todo o mundo, sendo, por isso, considerado a segunda causa de morte em todo o mundo. Destes 13.7 milhões de AVC que ocorrem, cerca de 87% são considerados isquémicos.

Existem dois tipos de AVC, o isquémico e o hemorrágico. O AVC isquémico ocorre quando há estreitamento ou oclusão dos vasos sanguíneos, podendo levar à morte celular cerebral por isquemia (Kuriakose & Xiao, 2020). O AVC isquémico pode ser dividido em subtipos ou categorias etiológicas que representam as causas do AVC: cardioembólico, aterosclerótico, lacunar, outras causas específicas (disseções, vasculite, distúrbios genéticos específicos e outros) e derrames de causa desconhecida (Boehme, Esenwa & Elkind, 2017). Este tipo de AVC é definido “como um episódio de disfunção neurológica com origem na isquemia cerebral devido à diminuição do fornecimento de sangue durante um período de tempo superior a 24 horas, que pode ter origem embólica ou aterosclerótica” (Figueiredo et al., 2020, p. 37). O AVC hemorrágico é responsável por cerca de 10-15% de mortes, pode levar a hemorragia intracerebral ou subaracnóide (Kuriakose & Xiao, 2020). Este define-se “como a rotura de uma artéria com posterior derrame de sangue para o espaço intracerebral, também este associado a alterações neurológicas” (Figueiredo et al., 2020, p. 37).

Os fatores de risco do AVC hemorrágico e isquémico são idênticos, todavia há algumas diferenças, tal como existem diferentes fatores de risco entre as categorias etiológicas do AVC isquémico. A hipertensão é um fator de risco especialmente relevante para o derrame hemorrágico, apesar de contribuir para a doença aterosclerótica, podendo levar ao derrame isquémico. Todavia, a hiperlipidemia consiste num fator de risco importante para os AVC's, por causa da aterosclerose dos vasos sanguíneos extracranianos e intracranianos, bem como é um fator de risco para a aterosclerose coronária e a fibrilhação auricular é um fator de risco para o AVC cardioembólico (Boehme et al., 2017).

A redução das taxas de AVC's exige que se identifiquem os fatores de risco modificáveis e a demonstração da eficácia dos esforços da redução desses fatores de risco. Os fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia cerebrovascular incluem a idade, sexo, hipertensão, diabetes mellitus, tabaco, sedentarismo, obesidade e história familiar (Mcdermott, Jacobs & Morgenstern, 2017).

Os fatores de risco para o AVC são classificados de modificáveis e não modificáveis (Boehme et al., 2017). Deste modo, a idade, o sexo e a raça, história familiar/genética, a origem geográfica e o baixo peso ao nascer são fatores de risco não modificáveis para AVC isquémico e hemorrágico; a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, fibrilhação auricular, estenose carotídea, AIT ou AVC prévio e a terapia hormonal de substituição encontram-se entre os fatores de risco modificáveis mais frequentes (Boehme et al., 2017). A corroborar, Mcdermott et al. (2017) referem que os fatores de risco para o AVC isquémico agudo incluem a idade, o sexo, a hipertensão, a diabetes mellitus, arritmias cardíacas, doenças cardíacas estruturais, tabagismo, sedentarismo e história familiar. Os mesmos autores mencionam ainda que à medida que a população envelhece e a expectativa de vida aumenta, a incidência global e prevalência de isquemia aguda tem propensão a aumentar, talvez dramaticamente. Independentemente do tipo de AVC, Figueiredo et al. (2020) referem que a sua distribuição geográfica é heterogénea, o que se deve sobretudo à distribuição demográfica dos diferentes fatores etiológicos.

No seu estudo, Figueiredo et al. (2020) objetivaram avaliar a taxa de sobrevivência dos principais tipos de AVC e avaliar o risco de mortalidade inerente a essas pessoas. Trata-se de um estudo de coorte histórica com dois grupos: AVC hemorrágico e AVC isquémico. Foi avaliada a taxa de mortalidade de 1367 pessoas que sofreram um AVC. Os resultados mostram que as pessoas que sofreram AVC isquémico tinham uma taxa de mortalidade mais baixa, bem como um melhor tempo de sobrevida inicial. Observou-se que, três meses após o AVC, o risco de mortalidade deixou de ser influenciado pelo tipo de AVC, tendo sido a idade um fator importante com influência na sobrevida. Os autores concluíram que o AVC hemorrágico se associa a uma maior mortalidade e a menor sobrevida comparativamente ao AVC isquémico.

O tecido cerebral é extremamente sensível à privação de oxigénio e nutrientes, sendo que cada minuto de isquemia leva a um elevado número de células mortas. Neste sentido, surgiu o conceito de "time is brain", com objetivo de agilizar o sistema de socorro diminuindo o tempo de prestação de cuidados e reduzir os défices que este fenómeno proporciona (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Surgem as Vias Verdes, definidas, segundo a Direção Geral da Saúde (2017), como "estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações."

A Via Verde tem como objetivo envolver o público e os profissionais e saúde, detetando precocemente os sinais de alarme, sistematizar as primeiras atitudes de socorro, conhecer os mecanismos de pedido de ajuda, definir o encaminhamento para a instituição mais adequada com objetivo de alcançar as melhores condições de tratamento definitivo. O sucesso da Via verde depende do acionamento do pedido de ajuda, ativação 112, pelo cidadão, bem como, da suspeita diagnóstica do pré-hospitalar e do encaminhamento para as unidades hospitalares mais adequadas. Na referência considera-se o tempo, a distância em quilómetros e a área geográfica dos hospitais (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Cerca de 87% dos AVC's que ocorrem são isquémicos, cuja maioria tem origem trombo-embólica, o que significa que o coágulo que se deslocou resultou da rotura de uma placa de ateroma ou de origem cardíaca. Esta situação é passível de resolução caso o coágulo seja removido ou dissolvido (El Tawil &

Muir, 2017). Os principais pilares do tratamento do AVC isquémico agudo são os cuidados e tratamentos das Unidades de AVC que promovem a revascularização. Nestas unidades, os doentes com AVC são admitidos e atendidos por uma equipa multidisciplinar, sendo mais eficaz na redução da mortalidade e morbilidade. Desde 2002, a trombólise intravenosa foi aprovada na Europa para uso no tratamento de AVC isquémico agudo. Em 2015, após ensaios clínicos randomizados, ficou demonstrando que o tratamento endovascular (trombectomia) melhora drasticamente o resultado de pessoas acometidas com AVC com oclusão dos grandes vasos na circulação anterior. As guidelines europeias recomendam o uso de tratamento endovascular (Aguar de Sousa et al., 2019).

Segundo Anderle, Rockenbach e Goular (2019, p. 2), “com o aumento da expectativa de vida e o crescimento populacional nos últimos anos, mais pessoas atingem idades nas quais os distúrbios neurológicos são prevalentes”. Os mesmos autores aludem a um estudo de base populacional realizado no Reino Unido que apurou que a diminuição das taxas de incidência do AVC se deve, sobretudo, aos programas de prevenção realizados a nível de cuidados de saúde primários, devendo os doentes, após AVC, serem acompanhados com programas de reabilitação, o que contribui para uma redução da prevalência das suas sequelas.

A trombólise endovenosa (EV) demonstra eficácia em doentes com AVC agudo, no entanto, quando a oclusão ocorre nas artérias proximais os resultados não são os mesmos, sendo que a eficácia da trombólise diminui à medida que o tamanho do coágulo aumenta. A recanalização na artéria M2 é de cerca de 70%, enquanto em M1 é de 30% e de 10% quando se refere a artérias intracranianas (Abilleira et al., 2019).

Segundo Abilleira et al. (2019), o tratamento endovascular demonstrou benefícios em doentes vítimas de AVC com oclusão de grande vaso, quer tenham sido submetidos a trombólise previamente ou não, sendo que as taxas de reperfusão rondam os 80%. Sendo este um tratamento que requer tecnologia e médicos especializados na área há uma limitação dos centros de tratamento, sendo esta uma dificuldade geográfica para acesso à trombectomia.

Existem duas formas de tratar os doentes com suspeita de oclusão de grande vaso, de formas distintas. Uma consiste no seu transporte, pela equipa pré-hospitalar para centros primários, onde é possível a realização precoce de trombólise com posterior transferência para centro especializado em trombectomia. A segunda consiste no encaminhamento direto do doente para centros especializados em tratamento endovascular, onde se poderá realizar trombólise e trombectomia. A trombólise tem a desvantagem do tempo de administração, no entanto estima-se que apenas cerca de 25-30% dos doentes com escala RACE superior a 4 são candidatos a tratamento intravenoso com rtPA. De qualquer forma, o tempo de início do tratamento é fundamental quer para realização de trombólise quer para trombectomia. Os autores colocam as seguintes questões no que se refere à transferência dos doentes suspeitos de oclusão de grande vaso diretamente para centro de trombectomia, são elas “Quão seguro é transferir estes pacientes para hospitais mais distantes?; Existe a possibilidade de não haver benefício ou haver um benefício baixo na transferência direta destes doentes?” (Abilleira et al., 2019).

Loudon et al. (2019) concordam com os autores supramencionados e revelam que o uso do tratamento endovascular para remoção de coágulos mostrou ser significativo. Vários estudos têm demonstrado que, em pacientes com AVC agudo com oclusão de grande vaso, associado a obstrução da artéria cerebral média (ACM), segmento M1, e carótida interna, trazem benefícios quanto mais precocemente são realizados. Os atrasos associados às transferências e às distâncias geográficas resultam em adiamento da intervenção terapêutica, trazendo impacto para o doente (Loudon et al., 2019).

Schlemm e Schlemm (2018) partilham a mesma afirmação, referindo que os doentes com AVC isquémico com oclusão de grande vaso têm melhor prognóstico quando recebem tratamento

endovascular. No entanto, mantém-se a dúvida na transferência desses doentes para centros especializados em trombectomia. Desta forma, salienta-se a importância da realização de uma boa triagem pré-hospitalar através da utilização de escalas, afirmando que a sua utilização pode estar associada a melhores resultados comparativamente aos doentes transportados diretamente para centros primários (Schlemm & Schlemm, 2018).

Segundo Loudon et al. (2019), a identificação do AVC agudo com oclusão de grande vaso ocorre na área pré-hospitalar. Nesta área de cuidados, não existem exames de imagem para confirmar o diagnóstico, como tomografia computadorizada (TC), ultrassonografia e eletroencefalograma (EEG), apesar de se encontrarem em fase de treino ainda têm uma aplicabilidade escassa na área pré-hospitalar. Para tal, a literatura nos últimos estudos tem-se focado noutra tipo de ferramentas, com maior especificidade para o AVC com oclusão de grande vaso, são elas as escalas. Existem algumas escalas que têm vindo a ser estudadas como a Rapid Arterial Occlusion Evaluation (RACE), Los Angeles Motor Score (LAMS), *Cincinnati Pre-hospital Stroke Severity Score (CPSSS)*, *Field Assessment Stroke Triage for Emergency Destination (FAST-ED)*, *National Institute of Health Stroke Scale- 8 (NIHSS-8)*, resultando de dados retrospectivos e validação em campo (Loudon et al.,2019). A escala a utilizar deve possuir um equilíbrio entre a sensibilidade e especificidade, isto é, deve conseguir identificar corretamente os doentes com oclusão de grande vaso de forma a evitar transferências desnecessárias para os centros (Carrera et al., 2019).

No caso de doentes com oclusão de grande vaso o benefício é visível, quando não há este tipo de oclusão a transferência direta pode atrasar o início do restante tratamento. Desta forma, torna-se fundamental a correta triagem destes doentes através do uso de ferramentas, como a escala RACE, utilizada em Espanha, onde foi validada com poder preditivo de 50%, quando usada por paramédicos (Abilleira et al., 2019). Loudon et al. (2019) referem ainda que a escala RACE com score superior a 5 demonstrou 85% de sensibilidade, especificidade de 68%, sendo que 19% destes doentes foram sujeitos a trombectomia e apenas 2% pontuaram na RACE com um score inferior a 5. Os autores concluíram que, num período de 1 ano, apenas 40% dos doentes tiveram RACE calculada pelas equipas, sendo estes, doentes com sintomas de maior gravidade e com maior taxa de oclusão de grande vaso (Loudon et al.,2019). Existem cerca de 24% de AVC's com oclusão de grande vaso, pelo que, dado os números, surge a necessidade de adquirir ferramentas de triagem para a área pré-hospitalar que identifiquem este tipo de AVC. O uso deste tipo de ferramentas implica profissionais treinados, sendo que esses instrumentos deveriam ser testados. As equipas de emergência médica podem transportar diretamente os doentes, quando identificados, para centros de tratamento adequado. A escala RACE deteta a oclusão de grande vaso, no entanto, poucos estudos existem que avaliam a sua função (Dickson et al., 2019).

2. MÉTODOS

Estudo de análise quantitativa, descritivo-correlacional, em coorte transversal, numa amostra em bola de neve de enfermeiros que exercem função na área pré-hospitalar.

2.1 Participantes

O estudo incluiu 49 enfermeiros, maioritariamente do género masculino (61,20%), com idades compreendidas entre 27 e os 55 anos e uma média de idades de $41,00 \pm 7,58$ anos, com predomínio da faixa etária dos 36-45 anos (53,1%), sendo os homens, em média ($M=41,33 \text{ anos} \pm 7,97$), mais velhos do que as mulheres. Prevaecem os enfermeiros com companheiro(a) (67,3%), com grau de licenciado

(40,8%) e 28,6% com grau de mestre. O tempo de exercício profissional na área pré-hospitalar foi em média de $10,92 \pm 6,81$ anos, com mais representatividade dos enfermeiros com ≤ 10 anos de exercício profissional na área (59,2%), seguidos pelos que detêm 11-20 anos (30,6%); 50,0% da amostra possui a categoria profissional de Enfermeiro e 50,0% a categoria de Enfermeiro Especialista, dos quais a maioria (69,23%) detêm a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Verificou-se que 75,5% não possuem formação na área do AVC, com 24,5% a terem formação, tendo esta sido adquirida em contexto profissional. Quanto à área geográfica onde exercem funções, a região Centro é a mais representada (55,1%), seguindo-se a região Norte (32,7%).

2.2 Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um Questionário de Conhecimentos sobre Aplicação da Escala RACE (*Rapid Arterial Occlusion Evaluation*) no Pré-Hospitalar elaborado por Pereira e Coelho (2021) para o efeito, com base na Escala do NIH (*National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS*) e divulgado via *online* através das redes sociais, no período de 22 de junho de a 30 de setembro de 2021.

A escala RACE é uma escala de avaliação neurológica, simples e rápida, com capacidade para determinar a probabilidade de o doente ter oclusão de grande vaso e ser elegível para tratamento endovascular. É derivada da escala NIHSS, e possui cinco itens, capazes de prever a oclusão de grande vaso, sendo eles a paresia facial, paresia braquial, paresia crural, desvio oculocefálico e afasia. A sua pontuação é de 0 a 9 pontos, sendo que uma RACE com score superior ou igual a cinco prevê oclusão de grande vaso com sensibilidade de 85% e especificidade de 69%. Esta escala foi utilizada e avaliada na Catalunha, após ser ministrada formação a todos os profissionais de saúde antes da sua aplicação (Carrera et al., 2019). De acordo com Dickson et al. (2019), a escala RACE foi criada exclusivamente para uso no pré-hospitalar, baseada na escala do *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), da qual foram selecionados os elementos com maior valor preditivo. Esta escala avalia a paresia facial, função motora dos membros inferiores e superiores, desvio oculocefálico, afasia ou agnosia. A RACE foi validada através de um estudo de coorte em profissionais de Espanha, com uma especificidade de 68% e sensibilidade de 85%, um valor preditivo positivo de 42% e valor preditivo negativo de 94%, sendo os resultados deste estudo limitativos, por falta de dados de avaliação da escala em cerca de 46% dos doentes (Dickson et al., 2019). Foi efetuado o estudo da sua consistência interna (homogeneidade dos itens) para a escala, tendo-se obtido um α de Cronbach de 0,642, considerado razoável.

2.3 Procedimentos éticos

A aprovação da Comissão de Ética foi garantida pelo Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (Parecer N.º 54/SUB/2021). Todos os inquiridos assinaram o consentimento informado previamente à sua participação individual no estudo, via *online* nas redes sociais.

2.4 Análise estatística

No tratamento estatístico, utilizou-se o programa *Statistical Package Social Science* (SPSS) 26. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão (\pm) e Coeficiente de variação (CV%); medida de assimetria e achatamento. Foi utilizado o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* para decisão dos testes estatísticos a utilizar na análise inferencial, sendo estes os testes não paramétricos Teste *U de Mann Whitney* e Teste de *Kruskal-Wallis*. Em todos os testes, os valores de significância considerados foram 5%, $p < 0.05$.

3. RESULTADOS

Média de doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE, em função do género

As estatísticas relativas à média de doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE em função do género, para o global da amostra, indicam um mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 (zero) a 1000, com uma média de $23,59 \pm 142,46$, sendo a dispersão elevada, tendo em conta a média encontrada. Os enfermeiros do género feminino acompanham, em média ($M=55,42 \pm 228,77$), mais doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE do que os do género masculino ($M=3,43 \pm 5,15$), com dispersões elevadas (cf. tabela 1).

Tabela 1: Estatísticas relativas à média de doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE, em função do género

Género	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	19	0	1000	55,42	228,77	409,83	18,72	8,31
Masculino	30	0	20	3,43	5,15	150,14	4,26	4,66
Total	49	0	1000	23,59	142,46	603,89	73,18	20,55

Estatísticas relativas aos conhecimentos dos enfermeiros sobre a aplicação da RACE em função do género

As estatísticas relativas aos conhecimentos dos enfermeiros sobre a aplicação da RACE, em função do género, indicam um mínimo e um máximo a oscilarem entre 7 e 17 no total da interpretação da RACE, correspondendo-lhe uma média de $13,35 \pm 2,51$, sendo os enfermeiros do género feminino, em média, que manifestam conhecimentos um pouco mais elevados ($M=13,42$) do que os do género masculino ($M=13,30 \pm 2,42$). No que se refere aos conhecimentos sobre o encaminhamento dos doentes, no total da amostra, o mínimo é 4 e o máximo 13, com uma média de $9,12 \pm 2,27$, constando-se que os enfermeiros do género masculino apresentam mais conhecimentos ($M=9,33 \pm 2,30$) comparativamente aos enfermeiros do género feminino ($M=8,79 \pm 2,25$). Nos conhecimentos globais, regista-se um mínimo e um máximo a oscilarem entre 14 e 30, correspondendo-lhe um valor médio de $22,47 \pm 3,70$, onde se destacam os enfermeiros do género masculino com mais conhecimentos globais sobre a RACE ($M=22,63 \pm 3,83$), quando comparados aos do género oposto ($M=22,21 \pm 3,56$) (cf. tabela 2).

Tabela 2: Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre a RACE em função do género

RACE	Género	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Interpretação da RACE	Feminino	19	7	17	13,42	2,71	20,19	0,28	-1,59
	Masculino	30	7	17	13,30	2,42	18,19	0,01	.150

	Total	49	7	17	13,35	2,51	18,80	0,10	-2,05
Encaminhamento do doente	Feminino	19	5	13	8,79	2,25	25,59	-8,42	1,85
	Masculino	30	4	13	9,33	2,30	24,65	-0,81	-0,51
	Total	49	4	13	9,12	2,27	24,89	-1,24	-0,26
Total da Race	Feminino	19	15	29	22,21	3,56	16,02	0,21	-0,69
	Masculino	30	14	30	22,63	3,83	16,92	-0,37	-0,72
	Total	49	14	30	22,47	3,70	16,46	-0,36	-0,89

Nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre a aplicação da RACE

No que se refere ao nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre a aplicação da RACE em função do género, constata-se que prevalecem os enfermeiros com razoáveis conhecimentos (55,1%), com 57,9% do género feminino e 53,3% do género masculino. Seguem-se os enfermeiros com fracos conhecimentos (26,5%) (feminino 26,3% vs. masculino 26,7%), apenas 18,4% manifestam bons conhecimentos (feminino 15,8% vs. masculino 20,0%). Todavia, sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 3).

Tabela 3: Nível dos conhecimentos a aplicação da RACE em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2				
	(19)	(38,80)	(30)	(61,20)	(49)	(100,0)						
Nível de conhecimento												
Fracos	5	26,3	8	26,7	13	26,5	,0	,0	0,157	0,925		
Razoáveis	11	57,9	16	53,3	27	55,1	,3	-,3				
Bons	3	15,8	6	20,0	9	18,4	-,4	,4				
Total	19	38,80	30	61,20	49	100,0						

Relação entre a formação na área do AVC e os conhecimentos sobre a aplicação da RACE

Constata-se que são os enfermeiros com formação na área do AVC aqueles que revelaram mais conhecimentos na interpretação da RACE (M=29,29), no encaminhamento do doente (M=31,71), traduzindo-se em mais conhecimentos globais (M=32,17), com diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos globais (p=0,045) (cf. tabela 4).

Tabela 4: Teste U de Mann-Whitney entre o conhecimento sobre a aplicação da RACE e a formação na área do AVC

Formação na área do AVC	Sim	Não	UMW	p
	Ordenação	Ordenação		
	Média	Média		
Interpretação da RACE	29,29	23,61	170,500	0,224
Encaminhamento do doente	31,75	22,81	141,000	0,058
Conhecimentos globais	32,17	22,68	136,000	0,045

Relação entre a média de doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE e os conhecimentos sobre a aplicação da RACE

Os enfermeiros que transportaram, em média, 1 a 10 doentes para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE, revelam mais conhecimentos a nível da interpretação da RACE (M=27,50), sendo os que transportam, em média, 11 a 20 doentes, no referido período temporal, aqueles que manifestam mais conhecimentos acerca do encaminhamento do doente (M=39,76), onde se regista diferenças estatisticamente significativas ($p=0,016$), sendo estes também os que têm conhecimentos globais mais elevados (M=29,40) (cf. tabela 5).

Tabela 5: Teste Kruskal-Wallis entre o conhecimento sobre a aplicação da RACE e a média de doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE

Média de doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE	Nenhum doente	1 a 10 doentes	11 a 20 doentes	UMW	p
	Ordenação	Ordenação	Ordenação		
	Média	Média	Média		
Interpretação da RACE	24,10	27,50	17,30	2,309	0,315
Encaminhamento do doente	19,69	26,76	39,20	8,326	0,016
Conhecimentos globais	21,00	27,70	29,40	2,967	0,227

4. DISCUSSÃO

O presente trabalho foi realizado com uma amostra de 49 enfermeiros portugueses a exercerem função no pré-hospitalar, sendo maioritariamente do género masculino (61,20%), com uma média de idades de $41,00 \pm 7,58$ anos, com predomínio da faixa etária dos 36-45 anos (53,1%), com companheiro(a) (67,3%), possuindo o grau de licenciado (40,8%). O tempo de exercício profissional na área pré-hospitalar foi, em média, de $10,92 \pm 6,81$ anos, estando mais representados aqueles que possuem ≤ 10 anos de exercício profissional na área (59,2%). Constatou-se que 50,0% possuem a

categoria profissional de Enfermeiro e 50,0% a categoria de Enfermeiro Especialista, dos quais a maioria (69,23%) detém a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Maioritariamente, não possuem formação na área do AVC (75,5%). Quanto à área geográfica onde exercem funções, a região Centro é a mais prevalente (55,1%). Nunes (2019), no seu estudo com uma amostra de 139 enfermeiros a exercerem no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) a nível de Portugal continental, também constatou um predomínio do género masculino (60,4%), mas na faixa etária dos 30-39 anos (56,8%), prevalecendo os enfermeiros com graduação nível 1 (Pós-graduação/Especialidade) (41,0%), com 31,7% a exercerem funções no pré-hospitalar entre 6-10 anos.

Constatou-se que os enfermeiros transportaram doentes para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE, uma média de $23,59 \pm 142,46$ doentes, sendo os enfermeiros do género feminino os que transportaram, em média ($M=55,42 \pm 228,77$), mais doentes. O diagnóstico e o tratamento emergentes em situação de AVC têm de ser rapidamente implementados como foram de prevenção da hipoxia do tecido cerebral e da morte. Pode dividir-se as fases de tratamento em três momentos: fase hiperaguda (<24 horas); fase aguda (24 horas até 15 dias) e a fase pós aguda (de reabilitação e no período após alta). Na fase hiperaguda é esperado o diagnóstico rápido, implementação de medidas terapêuticas com intuito de reperfusão, quer a trombólise endovenosa e/ou a trombectomia mecânica, para além da manutenção da via aérea/respiratória e hemodinâmica do doente. A fibrinólise e/ou a trombectomia mecânica, se recomendada a um doente com AVC isquémico, deve ser iniciada o mais rapidamente possível (Oliveira, 2020). A trombectomia mecânica configura-se como uma oportunidade de tratamento para os doentes com oclusão de um grande vaso. Todavia, esta terapêutica endovascular, em decorrência da complexidade da técnica, requer, em muitos casos, transferência inter-hospitalar, para um centro de referência, com neurorradiologia de intervenção, com acesso rápido à angiografia cerebral e com uma equipa multiprofissional dedicada. Os doentes selecionados têm de revelar boa funcionalidade prévia ao AVC (mRankin 0-1) e com intervalo de tempo entre o início de sintomas até à punção dentro das 6 horas ou até às 12 horas, em casos específicos identificados com recurso a exames de imagem (Powers et al., 2018). Oliveira (2020), no seu estudo, constatou que o primeiro grupo, dos 39 doentes com AVC isquémico, 43,6% realizaram fibrinólise e 20,5% foram submetidos a tratamento endovascular – trombectomia. Sempre que indicado os doentes com AVC isquémico são então transferidos para um centro de trombectomia para realização de trombectomia mecânica ou no caso dos doentes com AVC hemorrágico, com necessidade de intervenção pela neurocirurgia. Para a realização de transferência dos doentes vítimas de AVC com oclusão de grande vaso para centros de tratamento endovascular, existem critérios de inclusão, são, segundo Abilleira et al. (2019) os seguintes: 1. pacientes com suspeita de oclusão de grande vaso, avaliados com uma RACE superior a 4 pontos, pelos profissionais de emergência pré-hospitalar em ambiente pré hospitalar, urgência geral sem Unidade AVC, ou em unidades de cuidados de saúde primários; 2. Doentes que se localizem em áreas geográficas cujo hospital de referência não seja capaz de oferecer tratamento endovascular; 3. Tempo previsto de chegada à unidade especializada inferior a 7 horas; 4. Grau de autonomia prévio; 5. Idades superiores a 18 anos, 6. Consentimento informado assinado pelo doente ou familiar responsável. Os mesmos autores definem como critério de exclusão os seguintes: 1. Doentes em coma; 2. Doentes com estado clínico instável; 3. Doença grave ou estado terminal, com previsão de morte nos seis meses seguintes; 4. AVC agudo com suspeita de oclusão de grande vaso identificados no centro de tratamento; 5. Sujeitos participantes em estudos, cujo resultado seja previsível e que se incluem nos sintomas de AVC; 6. Doentes com doença neurológica ou psiquiátrica que coloque em causa a avaliação funcional; 7. Doente sem residência identificada, que não seja possível o seu acompanhamento durante 90 dias (Abilleira et al., 2019).

A maioria dos enfermeiros revela razoáveis conhecimentos (55,1%) sobre a aplicação da RACE, seguindo-se os enfermeiros com fracos conhecimentos (26,5%) e apenas 18,4% manifestam bons conhecimentos. No seu estudo, Gorchs-Molist, Solà-Muñoz, Querol-Gil, Carrera-Giraldo, Nicolàs-Arfelis, iménez-Fàbrega e Ossa (2020) avaliaram o impacto de uma intervenção de treino *online* com foco na aplicação da RACE em enfermeiros do pré-hospitalar, na Catalunha de 2014 a 2018, num estudo pré-pós-intervenção. Na pré-intervenção, os autores também constaram que prevaleciam os enfermeiros com razoáveis conhecimentos sobre a aplicação da RACE, os quais melhoraram significativamente na maioria dos itens e em todas as categorias na fase pós-intervenção, atingindo uma percentagem global de 82% de enfermeiros com bons conhecimentos.

Das variáveis sociodemográficas e profissionais, apenas a formação na área do AVC e a média de doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE tiveram interferências estatisticamente significativas no conhecimento dos enfermeiros sobre a aplicação da escala RACE. Assim, aferiu-se que são os enfermeiros com formação na área do AVC os que revelaram mais conhecimentos na interpretação da RACE (M=29,29), no encaminhamento do doente (M=31,71), traduzindo-se em mais conhecimentos globais (M=32,17), com diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos globais ($p=0,045$). Os enfermeiros que transportaram, em média, 1 a 10 doentes para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE, patentearam mais conhecimentos a nível da interpretação da RACE (M=27,50), sendo os que transportam, em média, 11 a 20 doentes, no referido período temporal, manifestar mais conhecimentos acerca do encaminhamento do doente (M=39,76), onde se regista diferenças estatisticamente significativas ($p=0,016$), sendo estes também os que possuem conhecimentos globais mais elevados (M=29,40). Estes resultados poder-se-ão justificar com o facto de serem estes os enfermeiros que mais experiência profissional possuem em relação ao diagnóstico e ao tratamento emergentes em doentes com AVC, o que implica serem rapidamente implementados para prevenir a hipoxia do tecido cerebral e a morte. A avaliação do doente com suspeita de AVC tem de compreender uma colheita de dados rigorosa, abarcando a hora e circunstâncias do início dos sintomas, bem como recolha do historial médico, um exame objetivo do doente, avaliação física e exame neurológico (Direção-Geral de Saúde, 2017). A intervenção especializada de Enfermagem proporciona o reconhecimento precoce e a prevenção de complicações, objetivando otimizar o *outcome* neurológico do doente com AVC. Os dados apurados no presente estudo também estão em conformidade com evidências de outros estudos (Boulanger, Lindsay, Gubitz, Smith, Stotts et al., 2016; Gorchs-Molist et al. (2020), onde foram os enfermeiros com formação na área do AVC e com mais casuística de doentes transportados para um centro de trombectomia, após avaliação da escala RACE, aqueles que revelaram melhores conhecimentos sobre a aplicação da escala RACE.

CONCLUSÕES

Os AVC's são uma emergência médica dependente do tempo, cujo atraso do tratamento influencia negativamente o prognóstico do doente. Para pessoas com AVC isquémico agudo com uma evolução de menos de 4,5 horas de evolução, a terapêutica de fibrinólise melhora o prognóstico, mas os seus benefícios são limitados em casos de oclusão de grande vaso. Esses doentes beneficiam mais com a trombectomia endovascular, com uma janela terapêutica de até 24 horas a partir do início do AVC de acordo com os critérios da neuroimagem multimodal, transferidos para centros de trombectomia, maximizando as possibilidades de melhoria clínica. Por esta razão, nos últimos anos, sistemas de código do AVC foram desenvolvidos para identificar rapidamente os doentes com AVC agudo,

permitindo transferências ágeis para um centro especializado. Esta avaliação rápida é fundamental para obter o máximo de benefícios das terapêuticas de reperfusão. Assim, os serviços emergência pré-hospitalar são essenciais não só para a identificação de doentes com AVC, mas também para identificar um subgrupo de doentes com suspeita de oclusão de grande vaso, que são os que mais beneficiam do tratamento endovascular. As escalas tradicionais de avaliação pré-hospitalar foram desenvolvidas para detetar os sintomas típicos de AVC. Desde então, várias novas escalas para a deteção específica de doentes com oclusão de grande vaso foram delineadas. Deste modo, a implementação dessas novas ferramentas de diagnóstico pré-hospitalar configura-se como uma prioridade para garantir a familiaridade com o protocolo e para atingir os padrões terapêuticos atuais. Pré-notificar os doentes para o centro especializado também é importante para garantir a alocação de internamento, de recursos e para acelerar a tomada de decisão diagnóstica e terapêutica através de um conjunto de dados clínicos. Por outro lado, as *guidelines* internacionais também enfatizam a necessidade de dar prioridade em termos de formação e treino, ferramentas de diagnóstico e sistemas de pré-notificação para os enfermeiros do pré-hospitalar. Seguindo essas recomendações, surgiu a escala RACE para avaliação pré-hospitalar de doentes com suspeita de AVC com oclusão de grande vaso. Neste sentido, assume toda a importância que estes profissionais de saúde tenham conhecimentos acerca da aplicação desta escala, tendo sido este o mote para o desenvolvimento do presente estudo, numa amostra de 49 enfermeiros portugueses a exercerem função na área pré-hospitalar.

Os principais resultados apurados indicam razoáveis conhecimentos (55,1%) sobre a aplicação da RACE, com bons conhecimentos 18,4%, e com fracos conhecimentos 26,5%. A formação na área do AVC e a média de doentes transportados para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE foram as únicas variáveis independentes com relevância estatisticamente significativa ao nível do conhecimento dos enfermeiros sobre a aplicação da escala RACE. Os enfermeiros com formação na área do AVC revelaram mais conhecimentos na interpretação da RACE, no encaminhamento do doente e mais conhecimentos globais. Os enfermeiros que transportaram, em média, 1 a 10 doentes para um centro de trombectomia, no período de um ano, após avaliação da escala RACE, exibiram mais conhecimentos a nível da interpretação da RACE, sendo os que transportam, em média, 11 a 20 doentes aqueles que apresentaram mais conhecimentos acerca do encaminhamento do doente, possuindo mais conhecimentos globais.

Face a estes resultados, e sabendo-se que o Enfermeiro do pré-hospitalar pode intervir de forma especializada para uma constante melhoria dos cuidados a prestar às pessoas vítimas de AVC, no caso concreto com suspeita de oclusão de grande vaso, será importante proporcionar mais formação na área a estes profissionais de saúde.

Como consideração final sobre o estudo realizado, refere-se que desde o seu início procurou-se desenvolver um trabalho metodológico rigoroso, tendo-se consciência que o baixo número amostral constituiu-se como uma limitação. Todavia, não foi possível colmatar esta situação por limitação temporal. Deste modo, sugere-se a replicação deste estudo com uma amostra mais abrangente num período de tempo mais alargado.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abilleira, S., Pérez de la Ossa, N., Jiménez, X., Cardona, P., Cocho, D., Purroy, F., Serena, J., Román, L. S., Urra, X., Vilaró, M., Cortés, J., González, J. A., Chamorro, Á., Gallofré, M., Jovin, T., Molina, C., Cobo, E., Dávalos, A., & Ribó, M. (2019). Transfer to the Local Stroke Center versus Direct Transfer to Endovascular Center of Acute Stroke Patients with Suspected Large Vessel Occlusion in the Catalan Territory (RACECAT): Study protocol of a cluster randomized within a cohort trial. *International Journal of Stroke*, 14(7), 734–744. <https://doi.org/10.1177/1747493019852176>
- 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. *Eur Stroke J.*; 4(1), 13-28. doi: 10.1177/2396987318786023.
- Anderle, P., Rockenbach, S.P., & Goulart, B.N.G. (2019). Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas fonoaudiológicos por enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde. *CoDAS*; Vol. 31, .2:e20180015. DOI: 10.1590/2317- 1782/20182018015.
- Boehme, A.K., Esenwa, C. & Elkind, M.S.V. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation Research*; 3, 472-495. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308398
- Boulanger, J.M., Lindsay, M.P., Gubitz, G., Smith, E.E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., ... Butcher, K. (2018). Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *Int J Stroke*; 13(9), 949-984. doi: 10.1177/1747493018786616.
- Carrera, D., Gorchs, M., Querol, M., Abilleira, S., Ribó, M., Millán, M., Ramos, A., Cardona, P., Urra, X., Rodríguez-Campello, A., Prats-Sánchez, L., Purroy, F., Serena, J., Cánovas, D., Zaragoza-Brunet, J., Krupinski, J. A., Ustrell, X., Saura, J., García, S., ... De La Ossa, N. P. (2019). Revalidation of the RACE scale after its regional implementation in Catalonia: A triage tool for large vessel occlusion. *Journal of NeuroInterventional Surgery*; 11(8), 751–756. <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2018-014519>.
- Costa, A.C.L., Pedro, L.S.R., Barreira, I.M.M., Mendes, L.A., Araújo, F.L., & Novo, A.F.M.P. (2020). Triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*; Vol. 3, 2, 96-101. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829>
- Dickson, R. L., Crowe, R. P., Patrick, C., Crocker, K., Aiken, M., Adams, A., Gleisberg, G. R., Nichols, T., Mason, C., & Panchal, A. R. (2019). Performance of the RACE Score for the Prehospital Identification of Large Vessel Occlusion Stroke in a Suburban/Rural EMS Service. *Prehospital Emergency Care*, 23(5), 612–618. <https://doi.org/10.1080/10903127.2019.1573281>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programas de Saúde Prioritários. Metas de Saúde de 2020*. Acedido em www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Norma N°015/2017*, 1–25.

- Direção-Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Saúde Em Números, 21*. Acedido em www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-asdoencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx
- El Tawil, S., & Muir, K. W. (2017). Thrombolysis and thrombectomy for acute ischaemic stroke. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 17*(2), 161–165. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-2-161>
- Figueiredo, A.R.G., Pereira, A.L., & Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *Higeia: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.*; Vol. 3, 1, 35-45. ISSN 2184-5565.
- Gorchs-Molist, M., Solà-Muñoz, S., Enjo-Perez, I., Querol-Gil, M., Carrera-Giraldo, D., Nicolàs-Arfelis, J.M., Jiménez-Fàbrega, F.X., & Pérez de la, Ossa. N. (2020). An Online Training Intervention on Prehospital Stroke Codes in Catalonia to Improve the Knowledge, Pre-Notification Compliance and Time Performance of Emergency Medical Services Professionals. *Int J Environ Res Public Health; 17*(17), 6183. doi: 10.3390/ijerph17176183. PMID: 32858885.
- Hui, C., Tadi, P., & Patti, L. (2021). Ischemic Stroke. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/>
- Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences, 21*(20), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
- Loudon, W., Wong, A., Disney, M., Tippett, V., & Lead, B. N. (2019). Validated pre-hospital stroke scales to predict large vessel occlusion: A systematic review. *Australasian Journal of Paramedicine, 16*(June). <https://doi.org/10.33151/ajp.16.705>
- McDermott, M., Jacobs, T., & Morgenstern, L. (2017). Critical care in acute ischemic stroke. In *Handbook of Clinical Neurology* (1st ed., Vol. 140). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63600-3.00010-6>
- Nunes, T.M.M. (2019). *Determinantes de burnout em enfermeiros do pré-hospitalar*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5547/1/TiagoManuelMalaquiasNunes_DM.pdf
- Oliveira, D.I.D. (2020). *Qualidade dos cuidados ao doente com AVC*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria. Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream>
- Oliveira, F.A.A., & Rocha-Filho, P.A.S. (2019). Headaches Attributed to Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack. *Headache Currents; 59*(3), 469-476. doi: 10.1111/head.13478.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... American Heart Association Stroke Council. (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; Vol. 49*. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>
- Rai, A.T., Seldon, A.E., Boo, S., Link, P.S., Domico, J.R., Tarabishy, A.R., Lucke-Wold, N., & Carpenter, J.S. (2017). A population-based incidence of acute large vessel occlusions and thrombectomy

eligible patients indicates significant potential for growth of endovascular stroke therapy in the USA. *J Neurointerv Surg*; 9, 722-726. <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2016-012515>

Rennert, R.C., Wali, A.R., Steinberg, J.A., SantiagoDieppa, D.R., Olson, S.E., Pannell, J.S. et al. (2019). Epidemiology, natural history, and clinical presentation of large vessel ischemic stroke. *Clin Neurosurg*; 85, S4-S8. <https://doi.org/10.1093/neuros/nyz042>

Schlemm, L., & Schlemm, E. (2018). Clinical benefit of improved Prehospital stroke scales to detect stroke patients with large vessel occlusions: results from a conditional probabilistic model. *BMC Neurology*, 18(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1021-8>

Senovilla-González, L., Hernández-Ruiz, À., & García-García, M. (2021). Comparación de la escala RACE con otras escalas de valoración de oclusiones arteriales de gran vaso en el medio extrahospitalario: una revisión rápida. *An. Sist. Sanit. Navar.*; Vol. 44, 2, 275-289. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0964>

Referências Bibliográficas

- Abilleira, S., Pérez de la Ossa, N., Jiménez, X., Cardona, P., Cocho, D., Purroy, F., Serena, J., Román, L. S., Urra, X., Vilaró, M., Cortés, J., González, J. A., Chamorro, Á., Gallofré, M., Jovin, T., Molina, C., Cobo, E., Dávalos, A., & Ribó, M. (2019). Transfer to the Local Stroke Center versus Direct Transfer to Endovascular Center of Acute Stroke Patients with Suspected Large Vessel Occlusion in the Catalan Territory (RACECAT): Study protocol of a cluster randomized within a cohort trial. *International Journal of Stroke*, 14(7), 734–744. <https://doi.org/10.1177/1747493019852176>
- 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. *Eur Stroke J.*; 4(1), 13-28. doi: 10.1177/2396987318786023.
- Anderle, P., Rockenbach, S.P., & Goulart, B.N.G. (2019). Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas fonoaudiológicos por enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde. *CoDAS*; Vol. 31, .2:e20180015. DOI: 10.1590/2317- 1782/20182018015.
- Boehme, A.K., Esenwa, C. & Elkind, M.S.V. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation Research*; 3, 472-495. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308398
- Boulanger, J.M., Lindsay, M.P., Gubitz, G., Smith, E.E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., ... Butcher, K. (2018). Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *Int J Stroke*; 13(9), 949-984. doi: 10.1177/1747493018786616.
- Carrera, D., Gorchs, M., Querol, M., Abilleira, S., Ribó, M., Millán, M., Ramos, A., Cardona, P., Urra, X., Rodríguez-Campello, A., Prats-Sánchez, L., Purroy, F., Serena, J., Cánovas, D., Zaragoza-Brunet, J., Krupinski, J. A., Ustrell, X., Saura, J., García, S., ... De La Ossa, N. P. (2019). Revalidation of the RACE scale after its regional implementation in Catalonia: A triage tool for large vessel occlusion. *Journal of NeuroInterventional Surgery*, 11(8), 751–756. <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2018-014519>
- Costa, A.C.L., Pedro, L.S.R., Barreira, I.M.M., Mendes, L.A., Araújo, F.L., & Novo, A.F.M.P. (2020). Triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*; Vol. 3, 2, 96-101. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829>

- De, H. P., & Coimbra, C. H. e U. de C. (2014). *Guia de Acolhimento - Internamentos*.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programas de Saúde Prioritários. Metas de Saúde de 2020. Acedido em www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Norma N°015/2017*, 1–25.
- Direção-Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. *Saúde Em Números*, 21. Acedido em www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-asdoencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx
- Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>
- Dickson, R. L., Crowe, R. P., Patrick, C., Crocker, K., Aiken, M., Adams, A., Gleisberg, G. R., Nichols, T., Mason, C., & Panchal, A. R. (2019). Performance of the RACE Score for the Prehospital Identification of Large Vessel Occlusion Stroke in a Suburban/Rural EMS Service. *Prehospital Emergency Care*, 23(5), 612–618. <https://doi.org/10.1080/10903127.2019.1573281>
- El Tawil, S., & Muir, K. W. (2017). Thrombolysis and thrombectomy for acute ischaemic stroke. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, 17(2), 161–165. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-2-161>
- European Society of Cardiology. (2018). Comissão para as Universal de EM. *Recomendações de Bolso de 2018 Da ESC - 4.ª Definição Universal de EM*.
- Figueiredo, A.R.G., Pereira, A.L., & Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *Higeia: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.*; Vol. 3, 1, 35-45. ISSN 2184-5565.
- Fonseca, L. F. S. F. DA. (2011). *Diagnóstico de Morte Cerebral*. 1–64.
- Gorchs-Molist, M., Solà-Muñoz, S., Enjo-Perez, I., Querol-Gil, M., Carrera-Giraldo, D., Nicolàs-Arfelis, J.M., Jiménez-Fàbrega, F.X., & Pérez de la, Ossa. N. (2020). An Online Training Intervention on Prehospital Stroke Codes in Catalonia to Improve the Knowledge, Pre-

- Notification Compliance and Time Performance of Emergency Medical Services Professionals. *Int J Environ Res Public Health*; 17(17), 6183. doi: 10.3390/ijerph17176183. PMID: 32858885.
- Guimarães Rosa, N., Silva, G., Teixeira, A., Rodrigues, F., & Araújo, J. A. (2005). Rabdomiólise. *Acta Médica Portuguesa*, 18(4), 271–282.
- Hamilton Medical AG. (2016). Manual do Operador Hamilton- C1. Suíça.
- Hui, C., Tadi, P., & Patti, L. (2021). Ischemic Stroke. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/>
- Kasanhi, P., & Saberinia, A. (2019). Journal of Family Medicine and Primary Care. Management of multiple traumas in emergency medicine department: A review.
- Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
- Leal, B. (2015). *Síndrome de Abstinência Alcoólica*. 70.
- Loudon, W., Wong, A., Disney, M., Tippett, V., & Lead, B. N. (2019). Validated pre-hospital stroke scales to predict large vessel occlusion: A systematic review. *Australasian Journal of Paramedicine*, 16(June). <https://doi.org/10.33151/ajp.16.705>
- Marques, P. P., Namora, J., & De, Á. (2001). *Síndrome de abstinência alco- ólica - a propósito de um estu- do retrospectivo*. 8, 159–164.
- McDermott, M., Jacobs, T., & Morgenstern, L. (2017). Critical care in acute ischemic stroke. In *Handbook of Clinical Neurology* (1st ed., Vol. 140). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63600-3.00010-6>
- MCEEMC. (2018). Parecer N.º 15 / 2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. *Parecer n.º 15/2018, 2018, 1–4*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Médica, I. – I. N. de E., & Médica, D. – D. de F. em E. (2019). *Índice I N E M | 1*. 244. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>
- Médica, I. N. (2020). Obtido de <https://www.inem.pt/>
- Miranda da Cruz, J. R., & da Silva Martins, M. D. (2019). Pneumonia associada à ventilação

mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. In *Revista de Enfermagem Referência* (Vol. 20, pp. 87–96). <https://doi.org/10.12707/RIV18035>

Monte, R. (2020). Sedação e Analgesia no Doente Crítico. Em A. Pinho, C. Sequeira, & M. Néné, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 107-116). Lisboa: Lidel.

Nunes, T.M.M. (2019). Determinantes de burnout em enfermeiros do pré-hospitalar. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5547/1/TiagoManuelMalaquiasNunes_DM.pdf

Oliveira, D.I.D. (2020). Qualidade dos cuidados ao doente com AVC. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria. Acedido em <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream>

Oliveira, F.A.A., & Rocha-Filho, P.A.S. (2019). Headaches Attributed to Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack. *Headache Currents*; 59(3), 469-476. doi: 10.1111/head.13478.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República, 2.ª série — N.º 113 — 14 de Junho de 2011. *Diário Da República 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011)*, 25118–25120.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer nº14/2018. *Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2016, 1–3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14_2018_rectificado.pdf

Ordem dos Médicos. (2009). Normas de boa prática em trauma. *Ordem Dos Médicos*, 224. <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=fcde14913c766cf307c75059e0e89af5>

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. *Serviço Nacional de Saúde (SNS)*, 1–87. <https://bit.ly/2UqG7SY>

Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados: plano nacional de avaliação da dor*. 43.

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. (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 a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke* (Vol. 50, Issue 12). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>

Que, P., & Medicamento, E. (2017). *Fresofol BU 02 Dez/2017*.

Rai, A.T., Seldon, A.E., Boo, S., Link, P.S., Domico, J.R., Tarabishy, A.R., Lucke-Wold, N., & Carpenter, J.S. (2017). A population-based incidence of acute large vessel occlusions and thrombectomy eligible patients indicates significant potential for growth of endovascular stroke therapy in the USA. *J Neurointerv Surg*; 9, 722-726. <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2016-012515>

Rennert, R.C., Wali, A.R., Steinberg, J.A., SantiagoDieppa, D.R., Olson, S.E., Pannell, J.S. et al. (2019). Epidemiology, natural history, and clinical presentation of large vessel ischemic stroke. *Clin Neurosurg*; 85, S4-S8. <https://doi.org/10.1093/neuros/nyz042>

Ribeiro, C. (2008). *Abordagem terapêutica*. 303–316.

Schlemm, L., & Schlemm, E. (2018). Clinical benefit of improved Prehospital stroke scales to detect stroke patients with large vessel occlusions: results from a conditional probabilistic model. *BMC Neurology*, 18(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1021-8>

Senovilla-González, L., Hernández-Ruiz, À., & García-García, M. (2021). Comparación de la escala RACE con otras escalas de valoración de oclusiones arteriales de gran vaso en el medio extrahospitalario: una revisión rápida. *An. Sist. Sanit. Navar.*; Vol. 44, 2, 275-289. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0964>

Sobre, R., & De, O. (2013). *Médico -C Irúrgica*. 2008–2010.

Trauma, T. C. (2018). ATLS- Advanced Trauma Life Support. American College of Surgeons.

Valente, M., Catarino, R., & Ribeiro, H. (2012). Emergências Trauma - Manual TAS. In *Inem*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emergências-Trauma.pdf>

Anexos

Anexo I- Projeto de Estágio em Contexto de Urgência

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Marta Sofia Camões Pereira

PROJETO INDIVIDUAL



Viseu, março de 2021

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Marta Sofia Camões Pereira

PROJETO INDIVIDUAL

Projeto elaborado no âmbito do Estágio em contexto de Urgência Polivalente, no Centro Hospitalar Tondela Viseu, sob a orientação da Professora Doutora Madalena Cunha, Tutoria do Enfermeiro Nuno Santos e da Enfermeira Raquel Duque



Março de 2021

Sumário

Introdução.....	4
1. Objetivos do Ensino Clínico, atividades/estratégias.....	5
2. Cronograma de atividades.....	10
3. Considerações finais.....	12
Referências bibliográficas.....	13

Lista de Siglas e acrónimos

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CHTV- Centro Hospitalar Tondela Viseu

DGS- Direção Geral da Saúde

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar

SU- Serviço de Urgência

VVAVC- Via Verde AVC

Introdução

O presente projeto de Estágio surge no âmbito do 7.º Curso de Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu, e no âmbito do Estágio em contexto de Urgência Geral, a decorrer no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha, e Tutoria dos Enfermeiros Nuno Santos e Raquel Duque, entre os dias 1 de março de 2021 e 14 de maio de 2021, com uma duração de 180 horas.

De acordo com o Guia Orientador de Estágios (2020, p. 8), o estágio “tem como objetivos: Identificar, em contexto profissional, necessidades e problemáticas, no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, na área de urgência e emergência; Planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializada ao doente em estado crítico em situação de urgência e emergência, bem como à sua família; Implementar um projeto de intervenção na prática no âmbito de urgência e emergência; Participar na gestão de recursos materiais bem como na gestão de cuidados gerais e especializados no domínio da sua área do saber, tendo em vista a melhoria dos cuidados; Intervir de forma adequada para a tomada de decisões clínicas eticamente dirigidas e cientificamente sustentadas contribuindo para o desenvolvimento da profissão; Implementar estratégias de investigação tendo em vista a melhoria do nível de saúde em especial na área do doente crítico da urgência e emergência; Evidenciar a capacidade de reflexão na ação e sobre a ação elaborando um portfólio reflexivo das atividades desenvolvidas.”

Deste modo, este projeto serve como base para delinear um conjunto de atividades/estratégias a desenvolver ao longo do período deste ensino clínico, tendo como guia o objetivo geral e objetivos específicos relativamente ao programa de estudos. O desenvolvimento de novas competências, de experiências e de novos métodos de aprendizagem e trabalho são metas a atingir ao longo deste estágio. O facto de passar novamente por este estágio num contexto diferente, dotada de outros instrumentos teóricos, cria-me grandes expectativas, sendo que será uma nova adaptação, uma nova realidade pela qual terei de me esforçar para poder atingir todos os objetivos delineados.

1-Objetivos, atividades e estratégias do Estágio

A enfermagem médico cirúrgica é uma especialidade que abrange várias áreas, e, por tal motivo, importa traçar e definir objetivos, para que, desta forma, seja mais fácil definir estratégias de aprendizagem, ganhar motivação e para que possa trabalhar sempre com o objetivo de ser cada vez melhor na área de prestação de cuidados de enfermagem, neste caso ao doente urgente/emergente.

Uma vez que uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018) se assume na prestação cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica, é fundamental adquirir e desenvolver competências nesta área. Como tal, “os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados 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” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19362).

Como acima referido, é importante definir objetivos, planeá-los, aplicá-los e analisá-los ao longo do estágio, individualmente, uma vez que estamos perante um nível de formação mais avançado, em que o principal foco é aplicar o conhecimento teórico na prática, adquirindo novas competências técnicas e científicas, em parceria com os nossos tutores, que nos ajudarão a alcançar os objetivos traçados, funcionando como nossos guias no desenvolvimento da nossa atividade formativa.

Para poder avaliar o estágio, após o seu término, é necessário estabelecer um objetivo geral e, por sua vez, implica a criação e desenvolvimento de objetivos específicos para, desta forma, chegar ao topo que é realizar/desenvolver o objetivo geral.

Todos os objetivos traçados para este ensino clínico servirão de base pedagógica para, posteriormente definir e descrever as competências adquiridas com a realização do mesmo.

Objetivo Geral	
Planejar, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico, na área urgente e emergente, identificando as suas principais necessidades e contribuindo para a sua resolução, de uma forma crítica e diferenciada	
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias
1. Conhecer a estrutura física e orgânica do Serviço de Urgência	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento das diferentes áreas do SU - Exploração dos recursos e equipamentos existentes, procurando saber o seu local de armazenamento e o seu modo de utilização/funcionamento. - Conhecimento das normas e protocolos específicos do serviço, nomeadamente VVAVC. - Estar atenta à dinâmica da atuação face ao doente agudo. - Reposição do material necessário, seguindo as <i>check lists</i> pré-existentes. - Verificação da funcionalidade do material, para que este esteja operacional. - Exposição de dúvidas aos profissionais sobre a organização e atuação, sempre que necessário.
2. Integrar a equipa, mantendo uma relação profissional de respeito confiança e cooperação, contribuindo, desta forma, para um trabalho em equipa eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de uma relação de respeito e de confiança com os elementos equipa. - Cooperação com a equipa. - Demonstração de honestidade e empatia no relacionamento com a equipa. - Assegurar uma parceria de prestação de cuidados com a equipa, procurando a partilha de experiências e a aquisição de novos conhecimentos. - Demonstração de responsabilidade, disponibilidade, interesse, sentido crítico e autonomia na prática. - Respeitar as normas, protocolos e as orientações estabelecidas e cumprir os horários determinados com pontualidade e assiduidade.
3. Atuar de acordo com os princípios éticos e deontológicos, considerando o máximo respeito pela dignidade do doente.	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer a prática de enfermagem segundo o Código Profissional e Deontológico, como por exemplo, consentimento informado. - Respeitar os direitos e a privacidade do doente. - Garantir a segurança e a confidencialidade dos dados. - Abstenção de juízos de valor e de opiniões baseadas em conceitos formados sem fundamento sério ou imparcial.
4. Prestar cuidados de enfermagem de forma objetiva, rápida e eficaz, desenvolvendo competências na área de enfermagem ao doente urgente/emergente.	<ul style="list-style-type: none"> - Colher dados corretamente, de forma a obter uma boa e correta história clínica. - Identificar vítimas urgentes/emergentes e a condição clínica do doente. - Avaliar corretamente a condição clínica do doente e adequar os cuidados à exigência da situação. - Seguir sempre a metodologia ABCDE, para, desta forma, prestar cuidados de forma sistematizada e correta. - Estabelecimento de uma relação de empatia e respeito com o doente. - Demonstração de sensibilidade pela situação aguda do doente, para com este e com a sua família. - Garantir a segurança dos cuidados de enfermagem, bem como do ambiente e da equipa. - Utilização de técnicas seguras. - Responsabilidade pelos meus atos. - Deteção precoce de sinais de gravidade.

	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de responsabilidade pela prática das minhas ações. - Prestação de cuidados com fundamentação teórica. - Reconhecimento dos limites dos meus conhecimentos.
5. Manter a postura profissional e identificar a comunicação como elo fundamental na equipa, utilizando metodologia ISBAR e ABCDE.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a pontualidade e assiduidade. - Transmitir os dados e informações clínicas sempre de uma forma metódica, clara e objetiva.
6. Refletir criticamente e fundamentar cientificamente a prestação dos cuidados de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de enfermagem segundo as evidências científicas, normas da Direção Geral da Saúde (DGS) e protocolos implementados no SU para a atual pandemia Covid-19. - Pesquisa e apresentação de dados atualizados e fundamentados e revisão regular das práticas executadas. - Pedir cooperação aos profissionais qualificados, sempre que necessário.
7. Adquirir maior confiança e destreza na execução das técnicas, prestação de cuidados de enfermagem ao doente agudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de uma atitude proactiva e interessada. - Esclarecimento de dúvidas e receios que possam surgir no decorrer da prestação dos cuidados de enfermagem. - Revisão das orientações práticas dos procedimentos técnicos. - Assumir responsabilidade pelos cuidados de enfermagem prestados. - Aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos na prestação dos cuidados de enfermagem. - Saber antecipadamente o material necessário e cada uma das etapas dos procedimentos técnicos a realizar. - Aproveitar as oportunidades de realização de procedimentos técnicos e participação na prestação de cuidados à vítima. - Prestar os cuidados de forma objetiva, de acordo com cada situação e realidade encontrada.
8. Adquirir a correta e máxima autonomia na prestação de cuidados ao doente crítico.	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir a metodologia ABCDE. - Avaliar corretamente o doente. - Validação das ações de enfermagem realizadas. - Exploração do sistema informático e realização correta e sistematizada dos registos. - Estar atenta a possíveis alterações do estado clínico da vítima. - Monitorização hemodinâmica correta do doente. - Avaliação de Sinais Vitais. - Identificação de ritmos desfibrilháveis/ não desfibrilháveis.
9. Executar uma correta passagem de turno e de informação, utilizando linguagem científica.	<ul style="list-style-type: none"> - Transmissão de todas as informações relevantes relativas ao estado clínico dos doentes, de forma clara e objetiva. - Utilização de linguagem científica, adequando-a aos diferentes contextos.
10. Expandir os conhecimentos e as experiências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem ao doente urgente/emergente.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisas científicas relacionadas com os casos clínicos que surgem ao longo do ensino clínico. - Procura de conhecimentos e de experiências juntos dos elementos da equipa multidisciplinar.

	<ul style="list-style-type: none"> - Aproveitar as oportunidades de aprendizagem que surjam.
11. Assegurar a segurança e o rigor na preparação e administração da terapêutica.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do princípio ativo, nome genérico e o nome comercial dos fármacos mais utilizados. - Identificação das indicações terapêuticas dos fármacos mais utilizados. - Reconhecimento dos principais efeitos terapêuticos/adversos dos fármacos mais utilizados. - Garantia da assepsia na preparação e administração da terapêutica.
12. Contribuir para a preservação de vestígios	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir as condições de segurança. - Preservar vestígios, e garantir uma adequada cadeia de custódia, sempre que for necessário ou se justificar.
13. Adquirir conhecimentos no manuseamento do sistema de registos ALERT®	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar registos de forma correta, sistematizada, uniforme e sequencial acerca dos cuidados prestados ao doente. - Utilizar o programa sempre que for possível, treinando o seu manuseamento e a realização de registos de doente para doente.
14. Adquirir conhecimentos e prática na realização da Triagem de Manchester	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar conhecer na prática os fluxogramas e discriminadores utilizados na Triagem de Manchester.
15. Avaliar/ Monitorizar a dor do doente, segundo a régua da dor	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar escalas adequadas de avaliação da dor. - Gerir a analgesia de acordo com a prescrição médica, alertando-os caso não se verifique. - Aplicar medidas não farmacológica para alívio da dor e aquisição de conforto. - Contribuir para o bem-estar do doente. - Manter o doente confortável na fase aguda da doença.
16. Adquirir prática e conhecimentos na prestação de cuidados ao doente emergente na Sala de Emergência	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir operacionalidade do material e <i>stock</i> adequado de material e medicamentos. - Avaliar o doente segundo a metodologia ABCDE. - Garantir a monitorização e vigilância hemodinâmica do doente. - Garantir e assegurar a permeabilidade da via aérea do doente, alertando e corrigindo sempre que houver alterações. - Administrar terapêutica prescrita. - Cateterizar acessos venosos periféricos. - Realizar procedimentos invasivos, como colocação de sonda nasogástrica, sonda vesical, entre outros. - Aprofundar conhecimento na área do SBV/SAV.
17. Prestar cuidados diferenciados ao doente das várias vias verdes, AVC, coronária, trauma e sépsis	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar fazer uma correta avaliação da situação clínica do doente. - Contribuir para a prestação de cuidados diferenciados a cada via verde. - Procurar esclarecer todas as dúvidas com os profissionais de saúde. - Procurar dar continuidade de uma forma correta aos cuidados das vias verdes intra-hospitalar.
18. Procurar desenvolver um trabalho científico crítico e reflexivo que tenha em conta as necessidades do serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar e identificar as principais necessidades do serviço e procurar realizar um trabalho para colmatar as necessidades identificadas.
19. Realizar SBV e SAV	<ul style="list-style-type: none"> - Intervir em caso de PCR. - Procurar identificar corretamente os ritmos de paragem e peri-paragem cardiorrespiratória. - Executar manobras de RCP. - Administrar e preparar fármacos corretamente. - Contribuir e colaborar para a colocação de via aérea avançada.

2- Cronograma de atividades

Objetivos específicos	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana	7ª Semana	8ª Semana	9ª Semana
Conhecer a estrutura física e orgânica do Serviço de Urgência	X								
Integrar-me na equipa, mantendo uma relação profissional de respeito confiança e cooperação, contribuindo, desta forma, para um trabalho em equipa eficaz	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atuar de acordo com os princípios éticos e deontológicos, considerando o máximo respeito pela dignidade do doente	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prestar cuidados de enfermagem de forma objetiva, rápida e eficaz, desenvolvendo competências na área de enfermagem ao doente urgente/emergente	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter uma postura profissional e identificar a comunicação como elo fundamental na equipa	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fazer reflexões críticas e fundamentadas cientificamente durante a prestação dos cuidados de enfermagem	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adquirir maior confiança, destreza e autonomia na execução das técnicas, prestação de cuidados de enfermagem ao doente agudo	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adquirir a correta e máxima autonomia na prestação de cuidados ao doente crítico	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Executar uma correta passagem de turno e de informação, utilizando linguagem científica correta	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Expandir os conhecimentos e as experiências									

inerentes à prestação de cuidados de enfermagem	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Assegurar a segurança e o rigor na preparação e administração da terapêutica	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contribuir para a preservação de vestígios	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adquirir conhecimentos no manuseamento do sistema de registos ALERT®	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adquirir conhecimentos e prática na realização da Triagem de Manchester	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar/ Monitorizar a dor do doente	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adquirir prática e conhecimentos na prestação de cuidados ao doente emergente na Sala de Emergência	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prestar cuidados diferenciados ao doente das várias vias verdes, AVC, coronária, trauma e sépsis	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Procurar desenvolver um trabalho científico crítico e reflexivo que tenha em conta as necessidades do serviço	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar SBV e SAV	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3-Considerações finais

O projeto de estágio é, como o próprio nome indica, um projeto que pode sofrer alterações com o decorrer do ensino clínico e de acordo com as experiências com que me deparar e que contribuirão para desenvolver as minhas competências e, para tal, me suscite outros interesses e outros objetivos. É, portanto, não só um importante instrumento de avaliação, mas um guia orientador, que me facilitará no decorrer do meu estágio.

Com a formulação dos objetivos acima referidos pretendo desenvolver e aperfeiçoar-me a nível profissional e pessoal, desenvolver as minhas competências técnicas, teóricas e contribuir para uma melhor prestação de cuidados ao doente urgente/emergente, ou doente crítico.

Esta reflexão acerca da minha prestação caracteriza-se como um processo dinâmico de avaliação logo desde o início, que contribui para aumentar a qualidade dos cuidados prestados, bem como enriquecimento de conhecimentos, técnicas e procedimentos nesta área de atuação de enfermagem.

Pretendo, como objetivo principal, contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, pelo que me encontro disponível e interessada a desenvolver projetos/trabalhos neste mesmo âmbito, de acordo com as necessidades e disponibilidade do serviço.

Concluo, afirmando de que a formação e a aprendizagem não se desenvolvem apenas pela acumulação de conhecimentos ou de técnicas, mas através de um permanente interesse, empenho e vontade de crescer.

Referências bibliográficas

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2020). 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Guia Orientador de Estágios.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Anexo II- Trabalho de Grupo Realizado em Contexto de Estágio de Urgência



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Inês Trigo

Marta Pereira

Nuno Valentim

Uniformização dos Registos de Enfermagem na Sala de Emergência – Projeto de melhoria contínua

Viseu, maio de 2021



7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

Uniformização dos Registos de Enfermagem na Sala de Emergência – Projeto

Trabalho efetuado no âmbito do Estágio em Contexto de Urgência na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e do 8º Curso da Pós- Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, a decorrer no Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha

Viseu, maio de 2021

ÍNDICE

Introdução.....	7
1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA.....	9
2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO..	11
3. FORMULAR OBJETIVOS... ..	15
4. PERCEBER AS CAUSAS... ..	17
5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES... ..	21
6. VERIFICAR OS RESULTADOS.....	23
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA	2
8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO.....	27
Referências bibliográficas	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

DGS – Direção Geral de Saúde

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

SE – Sala de Emergência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

Introdução

No âmbito do Estágio em Contexto de Urgência inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos – Opção 9, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEEMC) e 8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), a decorrer no Serviço de Urgência Geral Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Entidade Pública Empresarial (CHTV,EPE), foi proposto a participação no projeto de uniformização dos Registos de Enfermagem na Sala de Emergência.

Após a consulta da evidência científica disponível e a aprovação do Senhor Enfermeiro Chefe e Senhoras Enfermeiras responsáveis pela formação em serviço, elaborámos um modelo descritivo de registos uniformizados da sala de emergência, tendo por base uma estrutura metodológica assente em prioridades de avaliação sustentadas na metodologia do trauma do American College of Surgeons e da Emergency Nurses Association e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2019.

No sentido de estruturar o corpo do projeto de melhoria, este será organizado em sete capítulos, tendo por base o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem elaborado pela Ordem dos Enfermeiros. Temos como intuito, no primeiro capítulo identificar e descrever o problema; no segundo perceber o problema e dimensioná-lo; no terceiro formular objetivos; no quarto perceber as causas; no quinto planear e executar as tarefas/atividades; no sexto verificar os resultados; no último capítulo propor medidas corretivas, standarizar e treinar a equipa.

1. IDENTIFICAR E DESCRER O PROBLEMA

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, família/cuidados em situação crítica requerem, de forma sistémica e sistematizada, observação, recolha e registo de dados, no intuito de antecipar e identificar complicações e garantir uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

A prestação de cuidados de enfermagem ocorre em diversos contextos, existindo diversos fatores que influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem e conseqüentemente os registos de enfermagem.

Na sala de emergência o enfermeiro cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, assumindo um conjunto de responsabilidades em prol da qualidade dos cuidados prestados, sendo os registos de enfermagem um dos focos da sua atuação. Esta problemática é de extrema importância, no respeitante à qualidade e segurança do doente. Para além disso, os registos de enfermagem elaborados na sala de emergência (SE) não evidenciam a avaliação, os diagnósticos de enfermagem e os resultados das intervenções, dificultando assim na nossa ótica, a continuidade e visibilidade dos cuidados prestados. Reconhecida a necessidade de operacionalização de registos de enfermagem na área do grupo de trabalho da SE, por deliberação do Conselho de Administração (CA) de 29 dezembro de 2016, ao qual foi inculcida a responsabilidade da elaboração de um procedimento de uniformização de registos na SE, elaboramos um modelo descritivo de registos de enfermagem uniformizados para a sala de emergência.

O presente projeto insere-se na extensão do processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem dos enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do CHTV, EPE. Este apresenta como objetivos principais:

- Dar cumprimento ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, mais especificamente ao objetivo específico “Aumentar a segurança da comunicação”;
- Uniformizar os registos de enfermagem na sala de emergência do SUP do CHTV;

Os enfermeiros constituem-se como o maior grupo profissional na área da saúde pela natureza e especificidade das suas funções, dando enfoque à sala de emergência, sendo os que mais informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e documentação da saúde.

É imperativo garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem, de forma a garantir a segurança dos cuidados. É incipiente a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A organização dos cuidados de enfermagem faz parte integrante dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituindo-se como o sexto enunciado descritivo. Na procura da excelência e da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, é premente a existência de um sistema de registos de Enfermagem que integre as necessidades dos cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados obtidos, bem como um resumo mínimo de dados indicadores dos cuidados prestados. Os registos devem ser pautados de rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem, aliado à identificação e referenciação de situações problemáticas, para outros profissionais da equipa multidisciplinar (OE, 2017).

Similarmente ao recomendado pela Ordem dos Enfermeiros para a organização de projetos, a metodologia adotada foi a de Heather Palmer, tendo como esquema de base o Ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA) ou de Deming com adaptação deste para oito fases, proposta por Pedro Salvada.

2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO

Os enfermeiros que prestam cuidados na SE constituem-se como elementos cruciais no seio da equipa multidisciplinar, assumindo diversas responsabilidades, no âmbito das suas funções. Estas são determinantes para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, sendo a elaboração dos registos de enfermagem uma intervenção fulcral na sua atuação (Pereira, C. S. C., 2016).

A sala de emergência é uma unidade funcional fundamental para abordar o doente emergente, grave e crítico, sendo um elemento de ligação entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar. Esta tem como objetivo a abordagem, observação e tratamento do doente crítico, com comprometimento das funções vitais e subsequentemente risco de vida (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Por forma a dar continuidade aos cuidados prestados aos doentes admitidos na SE é necessário proceder, de forma objetiva, aos registos de enfermagem, sendo estes uma fonte de informação responsável por garantir a continuidade das ações praticadas, num determinado período de tempo, traduzindo legalmente o tipo de cuidados prestados (OE, 2009).

Os enfermeiros, dentro dos profissionais da área da saúde, são os que mais se preocupam com os registos, contudo é difícil espelhar o impacto dos cuidados de enfermagem prestados nos ganhos em saúde da população (Sá, Dias, & Norelho, 2019).

Os registos de enfermagem são de extrema importância, sendo esta reconhecida e imprescindível para garantir a continuidade dos cuidados, com especial enfoque para a sua função de comunicação (Martins et al., 2008).

A segurança do doente apresenta-se como um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010), sendo uma prioridade estratégica para os cuidados de saúde modernos.

A segurança do doente é definida como “a ausência de danos evitáveis a um doente durante o processo de cuidados de saúde e redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável” (Organização Mundial de Saúde, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) evidencia a importância da comunicação como determinante da qualidade da segurança na prestação dos cuidados, sendo esta corroborada pela Joint Commission International Center for Patient Safety (JCI) (Santos et al., 2010) (Santos et al., 2010). A JCI foi nomeada pela OMS em 2005, tendo como missão a identificação de problemas e desafios intrínsecos à segurança do doente e o estudo das soluções adequadas que serão fundamentadas nas partilhas dos profissionais de saúde e de todos os outros elementos envolvidos no sistema da prestação de cuidados. Dos trabalhos desenvolvidos pela comissão, surgiu o documento *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*, sendo que a comunicação foi um dos nove desafios identificados, mais precisamente a comunicação entre as mudanças de turno (Santos et al., 2010).

A comunicação ineficiente compromete a eficácia da prestação dos cuidados, devido a erros, omissões, falta de precisão ou priorização (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019).

A nível internacional, as lacunas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, sendo que a evidência assinala que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2017).

A nível nacional, destacamos um estudo piloto intitulado de “Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses”, cujo objetivo era apresentar e analisar os resultados do estudo piloto da avaliação de cultura de segurança realizado em sete Unidades Hospitalares em Portugal (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2011). Foram identificadas várias dimensões na cultura de segurança do doente que necessitam de intervenção nos hospitais, sendo que damos destaque à “Abertura na comunicação” que vai de encontro ao foco do nosso projeto de melhoria (Portugal, MS, DGS, 2011).

A segurança do doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, sendo fulcral a avaliação da cultura de segurança por forma a direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 apresenta como objetivo “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS”, tendo enunciado vários objetivos estratégicos, entre os quais: Aumentar a Segurança da Comunicação. A comunicação é de extrema importância para a segurança do doente, dando enfoque às situações em que existe transferência de responsabilidade da prestação, especificando as situações de mudança de turno, transferência ou alta do doente. De acordo com o plano anteriormente referenciado, as instituições de saúde devem apresentar procedimentos uniformizados, com o intuito de assegurar uma comunicação precisa e em tempo útil, evitando assim erros na comunicação, sendo que estes podem provocar barreiras à continuidade dos cuidados prestados e no tratamento, aumentando os danos para o doente (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é imprescindível para a melhoria da segurança do doente e conseqüentemente para a diminuição de eventos adversos. Apesar de a comunicação ser utilizada no nosso dia a dia durante a prestação de cuidados, exige um conjunto de competências que devem ser apreendidas e praticadas no intuito de estabelecer uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (Portugal, MS, DGS, 2011).

As transições de cuidados apresentam como constructo a implementação de uma comunicação eficaz, com o intuito de contribuir para a redução da ocorrência de erros e prevenindo lacunas na transmissão de informação, podendo estas provocar problemas graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (OE, 2017).

Os registos de enfermagem apresentam-se como fulcrais e imprescindíveis para assegurar a continuidade dos cuidados prestados, com destaque para a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados (Martins et al., 2008).

Os registos de enfermagem são definidos

“o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervenções

interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade de cuidados” (Conselho Jurisdicional, OE, 2005, p. 20).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) preconiza a existência de um sistema de registos de enfermagem que integre de forma sistemática, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados. Face ao exposto desenvolvemos um projeto de melhoria contínua sobre a uniformização dos registos de enfermagem na sala de enfermagem como garantia da continuidade dos cuidados e segurança do doente.

O sistema de informação de Enfermagem utilizado no SUP do CHTV é o sistema ALERT®, onde os registos de enfermagem não contemplam a utilização da CIPE, mas sim o registo em campos pré-definidos existentes e um campo que permite registar em texto livre.

A pessoa em situação crítica na SE requer cuidados de enfermagem sistémica e sistematizada, associado a esse facto, a elevada rotatividade de doentes e tempos curtos de permanência na SE dificultam a a produção de registos concretos e rigorosos que demonstrem, de forma exata e precisa, toda a informação relevante (Pereira, 2016).

Em Portugal foi elaborado um estudo de carácter qualitativo, através do estudo de caso, realizado em 2016 na Sala de Emergência do Serviço de Urgência de um Hospital Distrital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo os objetivos os seguintes: analisar os registos de enfermagem realizados nesse contexto; identificar o tipo de registos de enfermagem que poderão evidenciar os resultados das intervenções de enfermagem em sala de emergência; identificar uma metodologia de elaboração de registos em sala de emergência que, na perspetiva dos enfermeiros daquele contexto, permita uma melhor continuidade de cuidados; contribuir para o desenvolvimento e implementação de um guia estruturado de registos de enfermagem. Este estudo conclui que “o grande volume de cuidados de enfermagem exigidos pela pessoa em situação crítica em sala de emergência têm fraca visibilidade nos registos elaborados pelos enfermeiros”, para além disso concluíram que o modo como os registos se apresentam é desorganizado não facilitando produção de informação em sala de emergência. Concluíram ainda a utilização de uma metodologia de produção de informação em sala de emergência sustentado nas metodologias do trauma e do processo de enfermagem, podem facilitar a sua realização e possibilitar uma melhor

continuidade dos cuidados, refletir a sua qualidade e dar visibilidade aos cuidados prestados à pessoa em situação crítica (Pereira, 2016).

Dado o contexto da elaboração dos registos de enfermagem, nomeadamente a SE do SUP do CHTV, estes foram elaborados tendo por base uma estrutura metodológica assente em prioridades de avaliação sustentadas na metodologia do trauma do American College of Surgeons e da Emergency Nurses Association e na CIPE versão 2019.

Devido aos constrangimentos do sistema ALERT[®], após aprovação do Senhor Enfermeiro Chefe e Senhoras Enfermeiras responsáveis pela formação em serviço, elaborámos um modelo de registos descritivos uniformizados da sala de emergência (Anexo I). Contudo, também elaborámos um modelo de registos de enfermagem tipo check-list (Anexo II), sendo na nossa ótica o modelo de registos ideal para evidenciar os cuidados prestados e posterior avaliação dos mesmos, ficando apenas como sugestão para o serviço como futura implementação, assim que o Sistema de Registos Informático o permita.

3. FORMULAR OBJETIVOS

No respeitante aos objetivos da implementação do presente projeto, propomos os seguintes:

- ☐ Garantir a segurança dos cuidados prestados através da melhoria dos registos de Enfermagem no SUP do CHTV, EPE;
- ☐ Uniformizar os registos de enfermagem efetuados na SE do SUP do CHTV, EPE;
- ☐ Aumentar a segurança da comunicação na SE do SUP do CHTV, EPE;
- ☐ Contribuir para o desenvolvimento de investigação sobre os cuidados prestados na SE do SUP do CHTV, EPE;

4. PERCEBER AS CAUSAS

Ao longo do estágio pudemos verificar a inexistência de registos de enfermagem uniformizados, identificada como uma barreira para assegurar uma comunicação segura e para garantir a segurança dos cuidados prestados.

As causas que identificamos para a ausência de registos de enfermagem uniformizados foram os seguintes:

- O sistema de informação utilizado, nomeadamente o sistema ALERT®;
- Ausência de parametrização do sistema ALERT®;
- Inexistência de um procedimento de uniformização de registos na SE;
- Elevada rotatividade de doentes na SE;
- Tempos curtos de permanência do doente na SE;

Identificadas as causas do problema iremos dar continuidade ao presente projeto, tendo por base a metodologia de Heather Palmer, mais especificamente a Checklist de Heather Palmer para uma avaliação da qualidade. Baseado na metodologia anteriormente referenciada iremos em seguida apresentar os itens para a preparação do projeto.

a) Dimensão em estudo:

- Efetividade;
- Adequação técnico científica;
- Acessibilidade: Acesso a todos os profissionais de saúde alocado à respetiva SE, com responsabilidade sobre o doente em causa;

b) Unidades de Estudo:

- Utilizadores incluídos na avaliação: Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE do SU do CHTV, EPE;
- Profissionais: Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE do SU do CHTV, EPE;

Período de tempo que se avalia: a definir pelos Elos da Comissão da Qualidade, Grupo de Trabalho da Sala de Emergência e Grupo de Formação;

c) Tipo de dados:

Estrutura: Registo descritivo, seguindo a metodologia do trauma do American College of Surgeons e da Emergency Nurses Association e a CIPE versão 2019.

Processo: Texto de base comum a todos os enfermeiros da SUP do CHTV;

d) Fonte de dados

Os dados são recolhidos através:

Observação direta

Feedback da equipa de enfermagem

e) Tipo de avaliação:

Interna interpares

f) Critérios de avaliação:

Critérios de avaliação: interna (explícitos e normativos)

Critérios Esclarecimentos

Todos os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE do SUP do CHTV devem:

- Garantir a segurança dos cuidados prestados através da melhoria dos registos de Enfermagem no SUP do CHTV, EPE;

- Aumentar a segurança da comunicação na SE do SUP do CHTV, EPE;

- Utilizar o padrão de registos de enfermagem da SE; - Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020;

- Norma nº005/2018 da DGS, Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais;

- Norma nº001/2017 da DGS, Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde;

g) Quem colhe os dados e como:

Numa primeira instância, a colheita de dados é realizada pela equipa dinamizadora do projeto através da observação direta e feedback da equipa de enfermagem.

Posteriormente, pelos elos da Comissão Qualidade e Segurança do Doente do SUP do CHTV através de auditorias internas.

h) Relação temporal:

Avaliação transversal e retrospectiva

i) Definição da população e seleção da amostra:

Todos os enfermeiros que prestam cuidados na SE do SUP do CHTV;

Amostra não probabilística de conveniência;

j) Tipo de intervenção prevista:

I. Medidas educacionais:

Sensibilização da equipa de enfermagem que presta cuidados de enfermagem na SE para a importância da uniformização dos registos de enfermagem na SE;

II. Medidas estruturais:

Disponibilização de um link para os enfermeiros, que contém os registos de enfermagem uniformizados;

5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

Nesta fase torna-se crucial definir os recursos necessários para a consecução do projeto, bem como a operacionalização do mesmo.

Os recursos necessários para a operacionalização do projeto são os seguintes:

a) Recursos humanos:

- Alunos do 7ºCMEMC e 8ºCPLEEMC da ESSV;
- Enfermeiro Chefe do SUP do CHTV, EPE;
- Enfermeiros Tutores do SUP do CHTV, EPE;
- Elo da Comissão da Qualidade e Segurança do SUP do CHTV, EPE;
- Professora Orientadora da ESSV;
- Informático do CHTV, EPE;

b) Recursos materiais:

- Sistema de informação ALERT®;
- Computador;
- Bibliografia consultada;

c) Recurso temporal:

- Nove semanas;

Quanto à operacionalização do projeto propomos as seguintes tarefas/atividades:

- Explicação do projeto de melhoria contínua aos Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE do SU do CHTV, EPE;
- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Observação direta dos cuidados de enfermagem prestados na SE;
- Elaboração dos registos de um modelo descritivo de registos de enfermagem uniformizados para a sala de emergência;

□ Apresentação do modelo descritivo de registros de enfermagem uniformizados para a sala de emergência;

No que diz respeito às auditorias estas serão realizadas após a operacionalização do projeto, sendo responsabilidade da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente.

6. VERIFICAR OS RESULTADOS

Num primeiro momento procedemos à avaliação dos resultados pela observação direta e feedback transmitido pela equipa de enfermagem que presta cuidados na SE.

Posteriormente, será aplicado um instrumento de auditoria institucional, com a responsabilidade tutelada pelos elos da Comissão Qualidade e Segurança do Doente do SUP do CHTV, EPE, efetuando o tratamento, análise de dados e respetivo relatório.

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

No intuito de uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, na área da comunicação, propomos a formação aos Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na SE, auditorias internas e a divulgação de resultados a nível institucional.

8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

O sucesso do projeto de melhoria contínua deverá ser divulgado à equipa de enfermagem que presta cuidados na SE, em reunião de equipa ou em contexto de formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017) Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2 (28), pp 3882 (2) – 3882 (10). Acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2020). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Martins ... [et al.], A. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52–61. Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23996/1/2008_12_2_52-61.pdf

Santos, M. C. dos, Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2011). Comunicação em saúde e a segurança do doente : problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Acedido em <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%c3%a7%c3%a3o%20em%20sa%c3%bade%20e%20a%20seguran%c3%a7a%20do%20doente.pdf>

Costa, M. F. S. P. (2014). Cultura De Segurança Do Doente Num Hospital Da Região Centro, Perceção Dos Profissionais. Acedido em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27362/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Marina_pronta.pdf

Anexo III- Projeto de Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Projeto de Estágio em contexto de Cuidados Intensivos

Serviço de Cuidados Intensivos Polivalentes- Centro Hospitalar Tondela Viseu

Marta Sofia Camões Pereira nº3135

Viseu, maio de 2021

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Projeto de Estágio com Relatório Final em Contexto de Cuidados Intensivos

Marta Sofia Camões Pereira nº3136

Projeto de Estágio com Relatório Final em Contexto de Cuidados Intensivos realizado no Serviço de Cuidados Intensivos Polivalentes do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efetuado sob a orientação do

Professor Doutor Olivério Ribeiro

Tutoria das Enfermeiras Teresa Andrade e Helena Beliz

Viseu, maio de 2021

Sumário

Lista de Siglas e Abreviaturas.....	7
Introdução.....	9
1.Objetivos do Estágio em Cuidados Intensivos Polivalentes.....	11
2.Cronograma da implementação/cumprimento dos objetivos.....	15
3.Considerações Finais.....	17
Referências Bibliográficas.....	19

Lista de Siglas e Abreviaturas

CHTV- Centro Hospitalar Tondela Viseu

ESCID- Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

RASS- Richmond Agitation-Sedation Scale

TISS- Therapeutic Intervention Scoring System

TOT- Tubo Orotraqueal

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Introdução

No âmbito da participação no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, surge o estágio com Relatório Final em contexto de Cuidados Intensivos, a decorrer no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Centro Hospitalar Tondela -Viseu (CHTV).

Este estágio é constituído por um total de 180 horas, distribuídas por turnos em sistema roulement, que se realiza entre o período de 17 de maio a 16 de julho de 2021, sob orientação do Professor Doutor Olivério Ribeiro e tutoria das Enfermeiras Teresa Andrade e Helena Beliz.

Este projeto de estágio surge com o intuito de definir os objetivos que pretendo atingir com a realização do estágio na UCIP, com as atividades que pretendo desenvolver ao longo da minha passagem por este serviço e sobretudo para ser um guia no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico na área de cuidados intensivos ao longo do período referido.

Segundo o Guia Orientador de Estágios (2020), “o estágio em Cuidados Intensivos tem como objetivos:

- Identificar, em contexto profissional, necessidades e problemáticas no âmbito da enfermagem médico -cirúrgica na área dos cuidados intensivos;
- Planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializada ao doente em estado crítico internado em cuidados intensivos, bem como à sua e família;
- Implementar um projeto de intervenção na prática, no âmbito da urgência e emergência/ dos cuidados intensivos coronários e polivalentes ;
- Participar na gestão dos recursos materiais bem como na gestão de cuidados gerais e especializados no domínio da sua área de saber, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados;
- Intervir de forma adequada para a tomada de decisões clínicas eticamente dirigidas e cientificamente sustentadas contribuindo para o desenvolvimento da profissão;
- Implementar estratégias de investigação tendo em vista a melhoria do nível de saúde em especial na área do doente crítico em cuidados intensivos;
- Evidenciar a capacidade de reflexão na ação e sobre a ação elaborando um portfólio reflexivo das atividades desenvolvidas” (Médico-cirúrgica & Cunha, 2020).

Desta forma, pretendo, com a realização deste estágio, numa unidade tão diversificada e intensiva de cuidados ao doente crítico dos vários foros, nomeadamente médico, cirúrgico, trauma, entre outros, dar continuidade à aquisição de novas competências teóricas, práticas e clínicas, de forma a poder desenvolver e adquirir novos conhecimentos, procurando sempre um novo saber.

A medicina intensiva envolve a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças agudas, que poderão ser reversíveis, que representem situações de compromisso de uma ou mais funções vitais, diagnosticada ou possível, mas passível de resolução, sendo, portanto, uma área dinâmica e diferenciada. Os cuidados intensivos são definidos como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desta forma, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, pelo que pretendo, no final do estágio ter colocado em prática e desenvolver todas estas capacidades acima referidas.

O projeto de estágio é dividido em duas partes, sendo que numa primeira incorpora o objetivo geral e os objetivos específicos a alcançar e numa segunda parte contém um cronograma de desenvolvimento dos objetivos mencionados.

1.Objetivos do Estágio em Cuidados Intensivos Polivalentes

A Enfermagem Médico Cirúrgica é uma especialidade de enfermagem abrangente, que engloba várias competências, nomeadamente o cuidar do doente do foro cirúrgico, médico, traumatológico, paliativo e, por tal motivo, implica a formulação de objetivos, para que o estágio ocorra de uma forma focada, consistente e para que se torne um guia pedagógico para todo este período.

Como refere o Guia Orientador de Estágios (2020), o estágio envolve o “planeamento da prática a ser desenvolvida em contexto profissional, através da elaboração dos objetivos específicos e delimitação das atividades para a sua concretização”

Com isto, pretendo definir todos os objetivos, planeá-los, aplicá-los e analisá-los de uma forma individual, ao longo do decorrer do estágio, contando com a ajuda imprescindível das enfermeiras tutoras.

1.2. Objetivo Geral

Como objetivo geral deste estágio pretendo essencialmente planejar, executar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico, na área de cuidados intensivos polivalentes, identificando as suas principais necessidades e contribuindo para a sua resolução, de uma forma crítica e diferenciada, prevendo e evitando as complicações que possam surgir.

1.2.1. Objetivos Específicos

1.2.1.1. Conhecer a estrutura física e orgânica do Serviço e Cuidados Intensivos Polivalentes

- Conhecer as diferentes áreas do Serviço de UCIP;
- Explorar os recursos e equipamentos existentes, procurando saber o seu local de armazenamento e o seu modo de utilização/funcionamento;
- Conhecer as normas e protocolos específicos do serviço;
- Integrar a dinâmica de atuação ao doente crítico;

- Verificar a funcionalidade do material, nomeadamente ventiladores, monitores, laringoscópios, entre outros;
- Expor as dúvidas aos profissionais sobre a organização e atuação, sempre que necessário.

1.2.1.2. Integrar a equipa, mantendo uma relação profissional de respeito confiança e cooperação, contribuindo, desta forma, para um trabalho em equipa eficaz

- Estabelecer uma relação de respeito e de confiança com os elementos equipa;
- Cooperar com a equipa;
- Demonstrar honestidade e empatia no relacionamento com a equipa;
- Assegurar uma parceria de prestação de cuidados com a equipa, procurando a partilha de experiências e a aquisição de novos conhecimentos;
- Demonstrar sentido de responsabilidade, disponibilidade, interesse, sentido crítico e autonomia na prática;
- Respeitar as normas, protocolos e as orientações estabelecidas e cumprir os horários determinados com pontualidade e assiduidade.

1.2.1.3. Atuar de acordo com os princípios éticos e deontológicos, considerando o máximo respeito pela dignidade do doente

- Exercer a prática de enfermagem segundo o Código Profissional e Deontológico;
- Respeitar os direitos e a privacidade do doente;
- Garantir a segurança e a confidencialidade dos dados;
- Abster-me de juízos de valor e de opiniões baseadas em conceitos formados sem fundamento sério ou imparcial.

1.2.1.4. Prestar cuidados ao doente crítico

- Prestar cuidados ao doente entubado com tubo orotraqueal (TOT);

- Prestar cuidados ao doente ventilado, conhecendo as modalidades de ventilação, prevenindo infeções associadas à prestação de cuidados;
- Prestar cuidados holísticos ao doente dos vários foros, nomeadamente cuidados de higiene oral, corporal, medidas de conforto, posicionamentos, entre outros;
- Identificar e reconhecer as diversas formas de monitorização invasiva, adquirindo prática no seu manuseamento;
- Identificar situações de gravidade ou agravamento do estado clínico do doente, intervindo adequadamente e alertando os profissionais sempre que necessário;
- Conhecer a medicação analgésica e sedativa mais utilizada;
- Auxiliar no desmame do doente ao ventilador;
- Promover e adotar medidas não farmacológicas, de conforto ao doente;
- Conhecer e aplicar escalas utilizadas em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), nomeadamente escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID) e Therapeutic Intervention Scoring System (TISS);
- Realizar e interpretar gasometrias, intervindo perante as alterações encontradas;
- Preparar medicação de forma assética;
- Preparar as rampas de medicação, unidade do doente e material de cateterizações invasivas, como cateterização venosa central, colocação de linhas arteriais e/ou entubações orotraqueais, aquando da admissão de doentes e sempre que necessário;
- Preparar a admissão dos doentes, incluindo receber o doente, preparar material e unidade do doente;
- Participar na comunicação e gestão da notícia aos familiares, apoiando-os na fase crítica do seu familiar;
- Adquirir maior destreza e autonomia na execução das técnicas de cuidados ao doente crítico ventilado.

1.2.1.5. Realizar registos de enfermagem utilizando o método de registo adotado no serviço (folha de enfermagem)

- Realizar registos na folha de enfermagem utilizada no serviço;

- Registrar e analisar balanços hidroeletrólíticos do doente;
- Interpretar e calcular entradas e saídas administradas e drenadas pelo doente sem erros, realizando no final de cada turno o fecho do balanço, tendo como objetivo atingir o balanço previsto para cada doente;
- Fazer notas de enfermagem de uma forma cefalo-caudal, sobre os cuidados prestados ao doente e sua evolução, segundo a metodologia ABCDE, no final de cada turno e sempre que se justifique;
- Colaborar na passagem de turno do doente, aos colegas.

1.2.1.6. Prestar cuidados de enfermagem ao doente possível dador de órgãos

- Prestar cuidados ao doente em morte cerebral;
- Preparar material e assistir à realização de provas de morte cerebral e acompanhar todo o processo;
- Manter uma vigilância hemodinâmica, elétrica e gasométrica do doente potencial dador.

1.2.1.7. Minimizar e prevenir Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) ao doente crítico

- Preparar medicação de forma assética e rigorosa;
- Procurar conhecer as medidas de controlo e prevenção de infeções associadas aos cuidados de enfermagem utilizadas e adotadas pelo serviço;
- Seguir as bundles mais utilizadas e adotadas no serviço;
- Demonstrar conhecimento e adquirir novas práticas de Prevenção e Controlo da Resistência a Antimicrobianos;
- Documentar as medidas de prevenção implementadas.

1.2.1.8. Desenvolver competências na área da nutrição entérica e parentérica ao doente crítico

- Preparar nutrição entérica por sistema de bomba e adquirir maior destreza e autonomia nesse procedimento e nutrição parentérica, se necessário;
- Progredir na dieta do doente quando indicado, de acordo com as prescrições;
- Verificar a estase do doente e proceder à lavagem da sonda nasogástrica (SNG) em cada turno e sempre que necessário, contabilizando a quantidade de água introduzida para o balanço do doente.

2. Cronograma da implementação/cumprimento dos objetivos

Objetivos	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	5ª semana	6ª semana	7ª semana	8ª semana	9ª semana
Conhecer a estrutura física e orgânica do Serviço e Cuidados Intensivos Polivalentes	X	X							
Integrar a equipa, mantendo uma relação profissional de respeito e confiança e cooperação, contribuindo, desta forma, para um trabalho em equipa eficaz	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atuar de acordo com os princípios éticos e deontológicos, considerando o máximo respeito pela dignidade do doente	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prestar cuidados ao doente crítico	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar registos de enfermagem									

utilizando o método de registo adotado no serviço (folha de enfermagem)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prestar cuidados de enfermagem ao doente possível dador de órgãos	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Minimizar e prevenir Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) ao doente crítico	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver competências na área da nutrição entérica e parentérica ao doente crítico	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.Considerações Finais

O projeto de estágio é, como o próprio nome indica, um documento que pode sofrer alterações com o decorrer do estágio e de acordo com as experiências com que me deparar, que contribuirão para desenvolver as minhas competências e, para tal, me suscite outros interesses e outros objetivos. É, portanto, não só um importante instrumento de avaliação, mas um guia orientador, que me facilitará no decorrer do meu estágio.

Com a realização deste estágio pretendo adquirir novas competências relacionadas com o cuidar do doente crítico em cuidados intensivos, um doente mais complexo e instável, que terá como principal foco o desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Todas as reflexões, pesquisas e horas de contacto servirão para um evoluir e um processo de aprendizagem contínua, dinâmico, com a procura de novas experiências, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e o enriquecimento teórico e prático.

Somos um ser em constante aprendizagem e, para tal, o nosso desenvolvimento profissional depende de conhecimentos teóricos atualizados e tão ou mais importante que o conhecimento teórico é poder praticar e aplicar esse conhecimento na prática clínica, sobretudo quando se trata de um nível de ensino mais graduado.

Referências Bibliográficas

MCEEMC. (2018). Parecer N.o 15 / 2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. Parecer n.o 15/2018, 2018, 1–4. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Médico-cirúrgica, D. E. M. E. M. E., & Cunha, M. (2020). Guia orientador de estágios. 0–46.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer no14/2018. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2016, 1–3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-no-14_2018_rectificado.pdf

Anexo IV- Trabalho de Grupo Realizado em Contexto de Estágio em Cuidados Intensivos



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Protocolo de Risco de Quedas na Unidade de Cuidados Intensivos do CHTV

Marta Pereira
Rafaela Nascimento

Viseu, junho de 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Protocolo de Risco de Quedas na Unidade de Cuidados Intensivos do CHTV

Marta Sofia Camões Pereira

Rafaela Nascimento

Projeto de Melhoria para o Serviço

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Olivério Ribeiro

Enfª Teresa Andrade

Enfª Helena Beliz

Enfº Bruno Silva

Enfº Vítor Nogueira

Viseu, junho de 2021

Sumário

Lista de Siglas e Acrónimos	7
Introdução.....	9
1.Avaliação do risco de queda e intervenção na queda em doentes em internados na UCIP do CHTV	11
1.1. Avaliação do Risco de Queda- Utilização da Escala de Morse.....	12
1.2. Precauções Básicas de Prevenção da Queda.....	12
1.3. Precauções de Prevenção da Queda tendo em conta o Risco de Queda	13
1.3.1. Sem risco (0 e ≤ 24 pontos) ou baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos).....	13
1.3.2. Alto risco (≥51 pontos).....	13
1.3.3. Registo de Quedas	14
Conclusão.....	17
Referências Bibliográficas.....	18
Anexo	19

Lista de Siglas e Acrónimos

CHTV – Centro Hospitalar de Tondela - Viseu

CMEMC- Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS-Direção Geral da Saúde

MMSE- Mini Mental State Examination

EPE- Entidade Pública Empresarial

EQM – Escala de Queda de Morse

ESSV- Escola Superior de Saúde de Viseu

IPV- Instituto Politécnico de Viseu

TUG- Timed Up and go Test

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e Cuidados Intensivos, integrada no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), do Instituto Politécnico de Viseu (IPV), foi proposta a realização de um trabalho em contexto de serviço.

Após realização de um levantamento das necessidades do serviço, o tema escolhido relaciona-se com a gestão da qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente na Unidade de Cuidados Intensivos, no que diz respeito ao risco de queda. Neste sentido, foi-nos proposto a realização de um procedimento para o serviço, onde tivemos como base teórica as normas da Direção Geral de Saúde (DGS) e o procedimento “Queda de doentes/ utentes em ambiente hospitalar” do Centro Hospitalar Tondela – Viseu (CHTV).

Importa realçar que este procedimento não é aplicável a doentes sedados, em coma ou sem atividade motora, dado que estes são fatores de exclusão para a aplicação da Escala de Queda de Morse (EQM). (Ministério da Saúde, 2015)

Com a realização deste trabalho pretendemos essencialmente elaborar um procedimento para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP) do CHTV para que seja utilizado como guia prático na avaliação do risco de queda e de atuação em caso de incidente.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Conhecer a Norma nº 008/2019 da DGS e o procedimento interno do CHTV “Queda de doentes/ utentes em ambiente hospitalar” e adaptá-los à dinâmica do serviço;
- Elaborar um procedimento para a avaliação do risco de queda e intervenção na queda em doentes internados na UCIP do CHTV.

1. Avaliação do risco de queda e intervenção na queda em doentes em internados na UCIP do CHTV

A segurança dos cuidados está profundamente ligada à qualidade, conceito este fundamental nesta era da globalização e de características ímpares, que cada vez mais tem vindo a ser alvo de interesse, tornando-se uma área prioritária na saúde. (Ministério da Saúde, 2015)

Este conceito pode ser definido como “o ato ou ações que possibilitem evitar, prevenir e melhorar as possíveis complicações e eventos adversos” decorrentes da prestação de cuidados de cuidados de saúde. (I. E. B. Barbosa et al., 2021)

Qualidade em saúde é entendida como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”, sendo esta uma responsabilidade ética que depende do envolvimento das diversas categorias profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, especificamente do enfermeiro especialista, que é um elo fundamental na gestão da qualidade dos cuidados e segurança do doente. (Ministério da Saúde, 2015)

Um dos eventos adversos mais frequente em ambiente hospitalar são as quedas, sendo consideradas como um evento multifatorial complexo que ocorre quando um indivíduo cai “inadvertidamente no pavimento ou para um nível mais baixo, com ou sem lesão”, apresentando-se como uma das principais causas de internamento hospitalar e contribuem significativamente para situações de morbidade e mortalidade (DGS, 2019).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020), as quedas constituem-se como um problema de saúde pública a nível mundial, sendo que a sua prevenção fundamental.

A avaliação do risco de queda é fundamental para a sua prevenção, desta forma, a Escala de Queda de Morse (EQM), validada para a população portuguesa, é amplamente utilizada para avaliação do risco de queda do doente em ambiente hospitalar, e classifica os doentes em três categorias: sem risco, baixo risco e alto risco (DGS, 2019).

Importa realçar que a EQM não pode ser aplicada a doentes que não tenham capacidade funcional para cair, desta forma, esta escala não pode ser aplica a doentes sedados, em coma ou sem atividade motora (P. Barbosa et al., 2015).

1.1. Avaliação do Risco de Queda- Utilização da Escala de Morse

Segundo a Direção e Geral de Saúde (2019) e seguindo o Procedimento do Risco de Quedas do CHTV (2010), a avaliação do risco de queda deve ser realizada a todos os doentes no internamento através da Escala de Morse que categoriza o risco de queda do doente, tendo em conta a pontuação, com um mínimo de 0 e um máximo de 125 pontos. O risco classifica-se de acordo com a pontuação obtida:

- Sem risco (0 a \leq 24 pontos);
- Baixo risco (\geq 25 a \leq 50 pontos);
- Alto risco (\geq 51 pontos).

A avaliação do risco de queda deve ser feita na data de admissão, até um máximo de 24 horas após a entrada no doente, devendo ser reavaliado sempre que:

- Periodicamente a cada dois dias;
- Sempre que haja alteração do estado clínico do doente;
- Quando ocorrem transferências intra ou inter-hospitalares;
- Quando houver ocorrência de queda (DGS, 2019).

O Enfermeiro tem como funções:

- Avaliar a escala juntamente com o médico assistente, quando clinicamente indicado;
- Registrar a avaliação do risco de queda em modelo próprio;
- Adaptar o plano de cuidados, programando as atividades de acordo com o risco de queda obtido;
- Dar a conhecer à equipa multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, assistentes operacionais e nutricionistas) o risco de queda do doente;
- Comunicar o risco de queda do doente à família e realizar educação da saúde relativamente às medidas de prevenção, no sentido de garantir a sua colaboração e participação no plano de cuidados (DGS, 2019; CHTV, 2010).

1.2. Precauções Básicas de Prevenção da Queda

De acordo com a Norma 008/2019 da DGS (2019), as precauções básicas devem ser aplicadas a todos os doentes independentemente do de risco de queda, sendo elas as seguintes:

- A iluminação deve ser adequada, com a existência de luzes de presença;
- Remover todos os obstáculos nos percursos dos doentes, bem como matérias e dispositivos médicos;
- Manter o chão limpo e seco, mantendo a sinalização sempre que este se encontre em limpeza;
- Orientar a pessoa relativamente ao ambiente e á sua unidade, informando dos dispositivos de chamada e sua localização (ex: campainha da cama e casa de banho);
- Verificar se o calçado e roupa são adequados e ensinar a pessoa neste sentido;
- Permitir que o doente use as ajudas sensoriais (ex: óculos, aparelhos auditivos);
- Disponibilizar dispositivos de marcha (ex: canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias) e manter acessíveis e em condições os dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários);
- Manter cadeiras, camas e outros equipamentos travados;
- A cama deve ser mantida na posição mais baixa possível, adequada ao doente;
- Manter as grades da cama elevadas no caso de transporte do doente ou em momentos de menor supervisão;
- As portas de entrada e saída dos serviços com sistemas de controlo (DGS, 2019).

1.3. Precauções de Prevenção da Queda tendo em conta o Risco de Queda

1.3.1. Sem risco (0 e ≤ 24 pontos) ou baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos)

As precauções básicas de queda devem ser integradas no plano de cuidados do doente, elaborado pelo enfermeiro, na medida em que, nestes casos, é fundamental o controlo de fatores de risco extrínsecos ao doente, por forma a proteger o doente da eventual queda. (DGS, 2019; CHTV, 2010)

O doente deve ser identificado, de acordo com o risco que apresenta, desta forma, deverá ser colocada uma pulseira identificativa do doente de cor cinzenta.

1.3.2. Alto risco (≥51 pontos)

No caso de o doente apresentar alto risco de queda o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro deve ter em conta uma avaliação multifatorial do doente, devendo integrar as medidas de precaução básicas e medidas específicas. (DGS, 2019; CHTV, 2010)

Relativamente às medidas específicas podemos salientar:

1. A utilização de pulseira identificativa ou outra sinalética: no caso do CHTV é utilizada uma pulseira roxa para identificação de doentes com alto risco de queda;
2. Alocar o doente a unidades que permitam uma vigilância constante por parte dos profissionais de saúde;
3. Utilizar almofadas de gel para evitar o deslizamento da pessoa nas cadeiras;
4. Caso haja, usar dispositivos com alarme na cama ou no doente;

Segundo a Direção Geral de Saúde (2019), deve ser efetuada, igualmente, uma avaliação clínica multifatorial, realizada pela equipa multidisciplinar nomeadamente médicos, enfermeiros e nutricionistas, que deve incluir:

1. História de quedas anteriores;
2. Existência de comorbilidades associadas;
3. Adesão ao regime terapêutico;
4. Revisão terapêutica;
5. Aplicação de testes de rastreio que permitam a avaliação da marcha e equilíbrio, como por exemplo o Timed Up and go Test (TUG);
6. Realização do exame neurológico, com aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE)
7. Avaliação cardiovascular, nomeadamente da tensão arterial em ortostatismo após três minutos;
8. Avaliação da acuidade visual e auditiva;
9. Avaliação da força muscular;

10. Avaliação da incontinência urinária;
11. Realização da observação e avaliação dos pés, calçado e roupa do doente;
12. Avaliação do medo de cair por parte do doente;
13. Avaliação do estado nutricional.

1.3.3. Registo de Quedas

De acordo os autores supracitados, no caso de queda, esta deve ser registada pelo enfermeiro, em modelo próprio que deve incluir:

- Hora e data da ocorrência;
- Hora e data de registo da queda;
- Número de quedas:
 - o Uma queda/turno;
 - o Duas ou mais quedas turno;
- As razões da queda:
 - o Estado de saúde do doente;
 - o Resposta ao tratamento (medicação / anestesia);
 - o Riscos ambientais;
 - o Outras razões não mencionadas.
- Grau de lesão e descrição do incidente que pode ser de:
 - o Sem lesão;
 - o Lesão de grau I – Exige intervenção formal de enfermagem (Ex: abrasão/escoriação, hematoma/contusão, laceração cutânea);
 - o Lesão de grau II – Exige intervenção médica e de enfermagem (Ex: laceração cutânea com sutura, aplicação de gelo local, controlo da dor, realização de penso, etc);
 - o Lesão de grau III – Exige intervenção claramente médica que implica intervenção cirúrgica ou que alterou o estado de consciência do doente, entre outras (Ex: fratura, hemorragia, alteração do estado de consciência).

□ No caso de lesões de grau I, II ou III, a queda deve ser reportada à Gestão do Risco em modelo próprio;

- Descrição do incidente;
- Fatores de risco

No registo da queda devem, ainda, ser descritas as intervenções realizadas e planeadas para a prevenção de nova queda, bem como a quem foi comunicada a ocorrência (DGS, 2019; CHTV, 2010).

Conclusão

Com a realização deste trabalho podemos concluir que a nível hospitalar as quedas representam um problema frequente e, por vezes, grave, exigindo, por este motivo, estratégias preventivas.

As lesões resultantes das quedas poderão levar a aumento do tempo de internamento, sintomas físicos ligeiros ou hemorragias intracranianas, alterando, deste modo, a qualidade de vida das pessoas. Estas quedas ocorrem mais frequentemente nos idosos, tanto no tempo de admissão como na alta, pelo que se torna crucial a avaliação do risco de queda e a implementação de medidas de prevenção.

A Escala de Queda de Morse é uma escala mais utilizada a nível mundial, com utilidade em vários Centros Hospitalares em Portugal, devendo ser avaliada no momento da admissão, quando existe uma alteração do estado clínico do doente ou quando ocorre uma queda.

Referências Bibliográficas

Barbosa, I. E. B., Fonseca, A. R., De Andrade, E. N. M., Maklouf, D. C., Ribeiro, M. C. S., Rodrigues, A. J. P. da S., Laborda, Y. T. C., Da Silva, V. D. B. L., Lira, F. C. de F., & Gomes, S. S. de S. (2021). Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e6454. <https://doi.org/10.25248/reas.e6454.2021>

Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem Do Porto, 20.

Portugal, M. da S. D.-G. da S. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. *Orientação Da Direção Geral de Saúde*, 2017(008), 1–20. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>

Que, P., & Medicamento, E. (2017). Fresofol BU 02 Dez/2017.

sangadah, khotimatus. (2020). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 21(1), 1–9.

Saúde, M. da. (2015). Despacho n.o 1400-A/2015. *Diário Da República*, 2.a série(28), 3882(2)-(10). <https://dre.pt/application/file/66457154>

Anexo V- Projeto de Investigação



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A Perceção dos Enfermeiros do Pré-Hospitalar sobre a aplicação da Escala RACE na Pessoa com Défice Neurológico Agudo

Marta Sofia Camões Pereira nº 3135

Viseu, 15 de junho de 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A Perceção dos Enfermeiros do Pré-Hospitalar sobre a Aplicação da Escala RACE na Pessoa com Défice Neurológico Agudo

Marta Sofia Camões Pereira

Projeto de Investigação

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Olivério Ribeiro

Enfermeiro Mauro Coelho

Viseu, 15 de junho de 2021

Sumário

Lista de siglas e acrónimos.....	7
Introdução.....	9
Enquadramento Teórico.....	11
Objetivo geral do estudo.....	12
Objetivos Específicos.....	12
Tipo de Estudo.....	13
Hipóteses de Investigação.....	13
População/Amostra.....	13
Local.....	13
Colheita de Dados.....	13
Conclusão.....	15
Referências bibliográficas.....	17

Lista de siglas e acrónimos

AVC- Acidente Vascular Cerebral

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

RACE- Rapid Arterial Occlusion Evaluation

SNC- Sistema Nervoso Central

VVAVC- Via Verde AVC

Introdução

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viseu, é parte integrante do curso a realização de um trabalho de investigação, denominado como Relatório Final.

Segundo dados do Serviço Nacional de Saúde (2020), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) encaminhou, no ano de 2020, cerca de 13 casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) diariamente, através da Via Verde AVC (VVAVC). Entre o dia 28 de janeiro de 2020 e 29 de outubro do mesmo ano estavam registados 3.982 casos de AVC em Portugal.

O AVC é uma das principais causas de morte e morbilidade em Portugal. Esta doença cerebrovascular define-se como “défice neurológico súbito, motivado por isquemia (deficiência de irrigação sanguínea) ou hemorragia no cérebro.” (INEM,2020)

Consideram-se as primeiras horas após início dos sintomas cruciais para o socorro da vítima, pois, segundo o mesmo autor “esta janela temporal garante a eficácia dos principais tratamentos”.

Neste intuito, de acordo com estes números diários, surgiu a necessidade de pensar um pouco sobre o encaminhamento da pessoa com défice neurológico agudo na área pré-hospitalar e perceber se a avaliação da escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* (RACE) influencia o encaminhamento do doente, se é valorizada a sua avaliação e de quais são as principais falhas sentidas aquando da sua aplicação.

Enquadramento Teórico

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e morbilidade em Portugal. (INEM, 2019).

Segundo dados do INEM (2019), até ao dia 29 de outubro, foram registadas 3.456 vias verdes ativadas, correspondendo a uma média de 11 casos diários, sendo os distritos de Lisboa e do Porto os que registam maior número de casos.

O AVC, também definido como uma disfunção do cérebro devido a uma perturbação do fluxo sanguíneo cerebral, é a segunda causa mais comum de morte e incapacidade em adultos em todo o mundo. (Sun, Tan & Yu, 2014)

A redução da taxa de mortalidade por AVC tem levado os investigadores a prestarem atenção às limitações que os sobreviventes de AVC sofrem. Há 15 milhões de pessoas em todo o mundo que sofrem de AVC todos os anos, das quais cerca de 30% sofrem de incapacidade residual (Sun, Tan & Yu, 2014). É uma patologia vascular do Sistema Nervoso Central (SNC) no território encefálico e a hemiplegia consiste no sinal neurológico mais frequente com início imediatamente após o quadro ictal, cujo diagnóstico é realizado através do exame físico e da avaliação de sinais e sintomas resultantes da lesão cerebral (Gonçalves, Vieira, Vitorino & Pinto, 2017).

O AVC, a nível mundial, corresponde a 59,2%, sendo responsável por 5,7% dos anos vividos com deficiência em pessoas com idade igual ou superior aos 70 anos. Aproximadamente, 90% das pessoas que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas funcionais e unicamente de 5%-20% conseguem a recuperação funcional completa. O AVC não é só uma das doenças mais comuns da atualidade, mas um problema de saúde pública global em termos de mortalidade, deficiência e exigências de custos médicos e sociais (Anderle, Rockenbach & Goulart, 2019).

Para encaminhar corretamente o doente existem escalas para aplicar a nível pré-hospitalar. O score de cada escala permite prever a existência de oclusão de grande vaso, possibilitando identificar se o doente tem indicação para realizar trombectomia. Após o estudo prático de algumas dessas escalas, chegou-se à conclusão que a escala Rapid Arterial Occlusion Scale (RACE) é uma escala que, associada à escala hospitalar National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), apresenta valores comparativos e de fiabilidade para determinar a oclusão de grande vaso e a gravidade do AVC (Pérez de la Ossa et al., 2014).

Os mesmos autores verificaram que a escala RACE, com base na NIHSS, em contexto pré-hospitalar, teve maior valor preditivo de oclusão dos grandes vasos num grupo

de coorte retrospectivo de 654 pessoas com quadro de déficit neurológico agudo. Assim, a escala RACE permite identificar doentes com sintomas de AVC agudo e oclusão de grande vaso no contexto pré-hospitalar. É uma escala que representa a combinação de 34 cinco itens: paralisia facial, função motora do braço, função motora da perna, desvio conjugado do olhar, afasia ou agnosia. Esta escala demonstrou uma correlação forte ($r=0,76$) entre a avaliação realizada pelos técnicos de emergência pré-hospitalar e a avaliação do neurologista na admissão no serviço de emergência hospitalar, utilizando a escala NIHSS. A escala RACE foi comparável com a NIHSS na previsão da oclusão de grande vaso sendo que apresentou no ponto ≥ 5 o melhor valor preditivo da RACE, com uma sensibilidade de 0,85, especificidade de 0,68, valor preditivo positivo de 0,42 e valor preditivo negativo de 0,94. A escala NIHSS permite identificar, mas é complexa e consumidora de tempo, pelo que não é aconselhável a sua utilização no contexto pré-hospitalar. A RACE é, assim, considerada fiável pela precisão da avaliação e tem elevado poder preditivo para a presença de oclusão de grande vaso. No contexto do desenvolvimento da terapia de revascularização endovascular, esta escala pode assumir um papel relevante como ferramenta a ser utilizada no contexto pré-hospitalar (Pérez de la Ossa et al., 2014).

A corroborar, Herpich e Rincon (2020) referem que a escala RACE avalia a paresia facial, afasia/agnosia, paresia do membro superior e inferior e avalia o desvio oculocefálico. Quando se obtém, durante a sua avaliação, um score ≥ 5 significa que há oclusão de grande vaso e, por sua vez, o doente tem indicação para realizar terapêutica de reperfusão endovascular.

Objetivo geral do estudo

Estudar a aplicação da escala RACE em pessoas com déficit neurológico agudo no pré-hospitalar

Objetivos Específicos

- Verificar a aplicabilidade da escala RACE no pré-hospitalar;
- Verificar se a avaliação da escala RACE influencia o encaminhamento da pessoa com déficit neurológico agudo;
- Identificar as dificuldades sentidas na aplicação da escala RACE.

Tipo de Estudo

Estudo quantitativo de coorte transversal. Amostragem por conveniência, não probabilística.

Hipóteses de Investigação

- Os enfermeiros que possuem formação prévia sobre AVC aplicam mais vezes a escala RACE do que aqueles que não têm essa formação;
- Os enfermeiros do pré-hospitalar aplicam a escala RACE em todas as pessoas com défice neurológico agudo;
- A aplicação da escala RACE influencia o encaminhamento do doente;
- Quando aplicada no pré-hospitalar, a escala RACE, é valorizada aquando da transmissão de dados, antes do encaminhamento do doente;
- A escala RACE carece de mais formação na área pré-hospitalar.

População/Amostra

Enfermeiros que trabalham na área pré-hospitalar.

Local

Plataforma online: google forms.

Colheita de Dados

Aplicação de inquérito em bola de neve.

Conclusão

Após refletir sobre o tema em questão concluo que é essencial prevenir o AVC e refletir sobre esse assunto, dado a taxa de mortalidade e morbidade, não só no nosso país, mas em todo o mundo.

A frase utilizada mundialmente “time is brain” demonstra que as células cerebrais perdem-se rapidamente à medida que o AVC se instala, sendo imprescindível uma abordagem terapêutica emergente (Saver, 2006).

Referências bibliográficas

Anderle, P. Rockenbach, S.P., & Goulart, B.N.G. (2019). Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas fonoaudiológicos por enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde. *CoDAS* 2019; 31(2):e20180015 Doi: 10.1590/2317-1782/20182018015

Gonçalves, D., Vieira, I., Vitorino, M., & Pinto, T. (2017). Avaliação da disfagia numa unidade de AVC, *Nursing, Magazine Digital*. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/309859880_AVALIACAO_DA_DISFAGIA_NUMA_UNIDADE_DE_AVC_-11-23-2015_Dysphagia_assesement_at_a_stroke_unit

INEM. (Outubro de 2019). Dia Mundial do AVC. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/28/dia-mundial-do-avc-3/>

INEM. (Outubro de 2020). Dia Mundial do AVC. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.inem.pt/2020/10/29/dia-mundial-do-avc-inem-encaminha-13-casos-por-dia-para-a-via-verde-do-avc/>

Herpich, F., & Rincon, F. (2020). Management of acute ischemic stroke. *Critical Care Medicine*, 1654–1663. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004597>

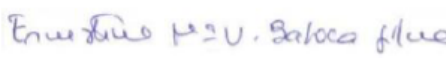
Pérez de la Ossa, N., Carrera, D., Gorchs, M., Querol, M., Millán, M., Gomis, M., Dorado, L., López-Cancio, E., Hernández-Pérez, M., Chicharro, V., Escalada, X., Jiménez, X., & Dávalos, A. (2014). Design and Validation of a Prehospital Stroke Scale to Predict Large Arterial Occlusion. *Stroke*, 45(1), 87–91. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.003071>

Saver, J. L. (2006). Time is brain - Quantified. *Stroke*, 37(1), 263–266. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000196957.55928.ab>

Anexo VI- Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	A perceção dos enfermeiros do pré-hospitalar sobre a aplicação da Escala RACE na pessoa com défice neurológico agudo
Proponentes do projeto	Marta Pereira
Investigador responsável	Prof. Doutor Mauro Alexandre Almeida Coelho
Data de submissão	15/06/2021
Relatores	Prof.ª Doutora Ana Branca Carvalho, Doutor Carlos Pereira e Prof.ª Doutora Edite Teixeira
Data da aprovação do parecer	22/06/2021
A presidente da CE do PV	 Ernestina Batoca Silva

PARECER N.º 54/SUB/2021

<input checked="" type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

Considerando que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e morbilidade em Portugal e no mundo, o projeto, denominado "A Perceção dos Enfermeiros do Pré-Hospitalar sobre a Aplicação da Escala RACE na Pessoa com Défice Neurológico Agudo", propõe-se refletir sobre a pertinência do encaminhamento da pessoa com défice neurológico agudo para a área pré-hospitalar e tentar aferir se a avaliação da escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* (RACE) influencia o encaminhamento do doente, se é valorizada a sua avaliação e quais as principais falhas sentidas aquando da sua aplicação. Basicamente, incidirá sobre o estudo da aplicação da escala RACE em pessoas com défice neurológico agudo, com os objetivos específicos de i) verificar a aplicabilidade da escala RACE no pré-hospitalar; ii) verificar se a avaliação da escala RACE influencia o encaminhamento da pessoa com défice neurológico agudo; e iii) identificar as dificuldades sentidas na aplicação desta escala.

Estamos na presença de um estudo quantitativo de coorte transversal, por recurso a uma amostragem por conveniência, não probabilística, a consistir na aplicação de um inquérito "bola de neve" (ou seja, trata-se de uma técnica de amostragem onde os indivíduos selecionados para serem estudados convidam novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos), através da ferramenta "Google Forms". A amostra incluirá enfermeiros que trabalham na área do pré-hospitalar.

Ainda que não explicitamente indicado, apenas cidadãos com idade igual ou superior a 18 anos (Enfermeiros do Pré-Hospitalar), dispostos a participar no estudo de forma voluntária, terão acesso ao questionário.

A voluntariedade dos participantes, de resto, deveria ser assegurada pela própria ferramenta informática utilizada (Google Forms), pois que, supostamente, só quem concorda com os termos e o declara expressamente pode prosseguir para a parte das respostas (apercebemo-nos, contudo, que ainda que não se declare concordância, o questionário, na atual condição, abre na mesma; ainda que possa ser imposição do sistema, consideramos importante clarificar).

A anonimização e a confidencialidade dos dados recolhidos é, também, garantida pela ferramenta (Google Forms), que protege contra o acesso, a alteração, a divulgação ou a destruição de forma não autorizada de informações que se encontram na sua posse. Assim, ao nível deste procedimento, tudo parece poder ser considerado em acordo com a legislação do país e da União Europeia, mas deve ser ressalvado o facto de o investigador não referir expressamente esta situação.

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se que a proposta obtenha Parecer Ético favorável.

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não Sim Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não Sim Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não Sim Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não Sim Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não Sim Não aplicável
- 1.6. São pacientes?
Não Sim Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não Sim Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não Sim Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não Sim Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não Sim Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

-
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 2
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
Não Sim Não aplicável
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
Não Sim Não aplicável
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
Não Sim Não aplicável
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
Não Sim Não aplicável
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
Não Sim Não aplicável

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS**

- 3.1. Esta investigação envolve animais?
Não Sim Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?
Não Sim Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?
Não Sim Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?
Não Sim Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?
Não Sim Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?
Não Sim Não aplicável

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS

- 3.1. Esta investigação envolve animais?
Não Sim Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?
Não Sim Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?
Não Sim Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?
Não Sim Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?
Não Sim Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?
Não Sim Não aplicável

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 4
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?

Não Sim Não aplicável

4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?

Não Sim Não aplicável

4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?

Não Sim Não aplicável

4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

4.4.1.O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

4.4.2.Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Anexo V- Questionário Aplicado aos Enfermeiros a Exercer Funções no Pré-Hospitalar

Questionário “Aplicação da Escala RACE (*Rapid Arterial Occlusion Evaluation*) no Pré-Hospitalar”

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Saúde de Viseu, eu Marta Sofia Camões Pereira, sob orientação do Professor Doutor Olivério Ribeiro e do Enfermeiro Mauro Coelho, encontro-me a desenvolver um estudo sobre “Aplicação da Escala RACE (*Rapid Arterial Occlusion Evaluation*) no Pré-Hospitalar”.

O AVC, a nível mundial, corresponde a 59,2%, sendo responsável por 5,7% dos anos vividos com deficiência em pessoas com idade igual ou superior aos 70 anos. Aproximadamente, 90% das pessoas que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas funcionais e cerca de 5%-20% conseguem a recuperação funcional completa. O AVC não é só uma das doenças mais comuns da atualidade, mas um problema de saúde pública global em termos de mortalidade, deficiência e exigências de custos médicos e sociais. (Anderle et al., 2019)

O tratamento de AVC com oclusão de grande vaso pode associar trombólise e trombectomia. (Turc et al., 2019)

Segundo a *American Heart Association* (2019), a trombólise é recomendada em doentes com AVC isquémico com início dos sintomas entre 3 horas a 4,5 horas.

Estudos realizados sobre a trombectomia mecânica, demonstram evidência de alta qualidade quando a trombectomia é realizada até 6 horas desde o início dos sintomas e de qualidade moderada quando é realizada até às 24 horas, após início dos mesmos. (Turc et al., 2019)

O encaminhamento da pessoa para o centro de tratamento mais adequado pode diminuir a morbidade e mortalidade associada ao AVC, para tal, devem ser desenvolvidos, na área pré-hospitalar, procedimentos para facilitar o transporte de doentes potencialmente elegíveis para trombectomia para as unidades de saúde capazes de realizar esse tratamento e que se encontrem mais próximas. (Powers et al., 2019)

Declaração de consentimento informado

Após tomar conhecimento dos objetivos do estudo e do motivo da sua realização, solicito a sua participação no preenchimento do questionário que se segue, com a duração de aproximadamente 10 minutos.

As questões serão de resposta rápida, com resposta de Verdadeiro (V) ou Falso (F).

Leia atentamente e responda a todas as questões.

O questionário é de resposta anónima e facultativa, pelo que poderá desistir de participar a qualquer momento, se assim entender.

Se pretender obter algum esclarecimento adicional acerca do estudo contacte a investigadora Marta Pereira através do endereço de e-mail martitah_mscp@hotmail.com

Autorizo__ Não autorizo__

Solicito, que, de forma voluntária e anónima, responda aos seguintes itens de resposta rápida:

1. Dados sociodemográficos

- 1.1. Idade: _____
- 1.2. Género: F__ M__ Outro_____

- 1.3. Estado Civil: Solteiro____ Casado____ Viúvo____ União de Facto____
Outro____

- 1.4. Grau académico: Bacharelato____ Licenciatura____ Especialista____
Mestrado____ Doutoramento_____

- 1.5. Categoria Profissional_____

- 1.6. Enfermeiro Especialista: Sim __ Não __
1.6.1. Se sim, qual? _____

- 1.7. Possui formação na área do AVC: Sim __ Não__
1.7.1. Se sim, qual? _____

- 1.8. Experiência profissional na área pré-hospitalar (em anos): _____

- 1.9. Área geográfica onde exerce funções: Norte__ Centro__ Sul__

2. Assinale V/F nas seguintes afirmações acerca da interpretação da escala RACE:

- 2.1. A escala RACE é uma escala usada no pré hospitalar, derivada da escala Hospitalar *National Institutes of Health Stroke Scale*(NIHSS), que prediz a oclusão de grande vaso: V__ F__
- 2.2. A escala RACE avalia 3 itens: V__ F__

- 2.3. Para avaliar a Paresia Facial solicita ao doente que cerre a boca e abra os olhos: V__ F__
- 2.4. Para testar o desvio oculocefálico o enfermeiro deve estabelecer contacto visual e movimentar-se em frente ao doente para clarificar a presença de paralisia ocular parcial: V__ F__
- 2.5. Ao testar a paresia dos membros superiores solicita ao doente que eleve os membros inferiores a 90° ou 45°, dependendo da posição de sentado ou deitado, pedindo que eleve por 20 segundos: V__ F__
- 2.6. Devem testar-se ambos os membros superiores de uma só vez: V__ F__
- 2.7. Na testagem da força motora dos membros inferiores, deve testar-se em primeiro lugar o membro não parético: V__ F__
- 2.8. Para testar a afasia do doente, deve dar-lhe duas ordens e verificar a resposta: V__ F__
- 2.9. O doente apresenta afasia se não reconhece o braço e/ou o déficit: V__ F__
- 2.10. A Escala RACE prediz oclusão de grande vaso quando pontua a mais de 2 valores: V__ F__
- 2.11. Doentes vítimas de trauma, amputados ou com outro impedimento físico devem receber ordens simples apropriadas: V__ F__
- 2.12. A escala RACE avalia igualmente o hemicorpo esquerdo e direito: V__ F__
- 2.13. A avaliação da escala RACE é crucial, pelo que não deve iniciar transporte sem a sua avaliação: V__ F__
- 2.14. Como enfermeiro, na sua prática comum, sempre que é ativado para uma suspeita de déficit neurológico agudo avalia a escala RACE: V__ F__
- 2.15. Quando avalia a escala RACE, informa, na passagem de dados da sua pontuação: V__ F__
- 2.16. De acordo com a sua prática clínica, considera importante e necessária a avaliação da escala RACE no pré-hospitalar para o correto encaminhamento do doente: V__ F__
- 2.17. Na sua opinião, a aplicação da escala RACE no pré-hospitalar atrasa o transporte do doente: V__ F__
- 2.18. Na sua opinião, a aplicação da escala *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* condiciona a ativação da Via Verde AVC: V__ F__
- 2.19. Como profissional da área pré-hospitalar, considera ter conhecimentos suficientes para aplicar a escala: V__ F__

2.20. Considera importante a formação da área do acidente vascular cerebral nas equipas do pré-hospitalar: V__ F__

3. Relativamente ao encaminhamento dos doentes, assinale V/F nas seguintes afirmações:

3.1. A aplicação da escala RACE influencia o encaminhamento do doente: V__ F__

3.2. O doente vítima de défice neurológico agudo são encaminhados de acordo com a avaliação da RACE: V__ F__

3.3. Quando a avaliação da escala RACE é superior a 5 pontos o doente é encaminhado diretamente para um centro de trombectomia: V__ F__

3.4. O doente maioritariamente é bem reconhecido como suspeita de vítima de défice neurológico agudo e dá entrada na triagem num tempo <60 minutos: V__ F__

3.5. Considera a colheita de dados clínicos no local importante para doentes vítimas de défice neurológico agudo: V__ F__

3.6. No caso de uma suspeita de défice neurológico agudo dois dos dados clínicos importantes a saber é o tempo dos sintomas e grau de dependência: V__ F__

3.7. Quando aplica a escala RACE ao doente informa o centro de triagem de doentes urgentes do score obtido e este encaminha-o para o centro de tratamento mais adequado, de acordo com a pontuação obtida na aplicação da escala: V__ F__

3.8. Considera que a vítima reconhece adequadamente os sintomas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e ativa o meio de emergência médica: V__ F__

3.9. Quando transporta a vítima suspeita de défice neurológico agudo o centro de triagem/passagem de dados já alertou a Unidade AVC mais próxima e já tem uma equipa especializada à chegada: V__ F__

3.10. Considera benéfico, que em doentes com escala de RACE com score >5, fossem encaminhados diretamente para centro de trombectomia? V__ F__

3.11. Considerando a sua experiência profissional, já alguma vez transportou doentes vítimas de défice neurológico agudo para algum centro hospitalar especializado, sem ser o hospital mais próximo da área onde se encontra: V__ F__

- 3.12. Considera adequado o funcionamento/ativação da via verde de AVC?
V__F__
- 3.13. Na sua opinião, na área pré-hospitalar, incluindo bombeiros, técnicos de emergência pré-hospitalar, entre outros, considera a formação que é ministrada para as funções que exercem, suficientes para pré-diagnosticar possíveis vítimas de déficit neurológico agudo: V__ F__
4. Quantos doentes, em média, transportou para um centro de trombectomia, num período de um ano, após avaliação da escala RACE? _____

Obrigado pela sua participação!