



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência

João Luís Lopes Mendes

Orientação: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Pessoa em Situação Crítica com Acidente
Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos
em Enfermagem no Serviço de Urgência**

João Luís Lopes Mendes

Orientação: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

AGRADECIMENTOS

Quero, primeiramente, agradecer ao Professor Doutor Adriano Pedro pela orientação e pela ajuda na resolução de todos os contratemplos que foram surgindo no decorrer do presente relatório.

À Joana, por todo o apoio, incentivo e paciência demonstrada.

À Patrícia, minha irmã, pelas sábias palavras, proferidas nos mais preciosos momentos.

E por último, mas não menos importante, aos meus pais, Madalena e Inácio. Sem dúvida que o atingir desta meta se deveu, em grande parte, à sua enorme ajuda e motivação.

Por tudo e a todos, muito obrigado!

RESUMO

Os enfermeiros que prestam cuidados no Serviço de Urgência são os profissionais que podem marcar a diferença no atendimento da pessoa com sintomatologia sugestiva de Acidente Vascular Cerebral.

Para que a equipa de enfermagem se encontre devidamente organizada para dar resposta a este tipo de situações, a formação apresenta-se como um pilar fundamental para reduzir, ao máximo, o tempo que o doente leva desde a sua chegada ao Serviço de Urgência até ao efetivo tratamento.

Este relatório tem como objetivo geral demonstrar a aquisição das competências de Mestre, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, apreendidas durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e durante o Estágio final.

Igualmente incluídas, encontram-se as etapas que permitiram implementar um Projeto Individual num Serviço de Urgência, tendo como principal ferramenta a formação. Do mesmo modo, encontram-se detalhadamente analisadas as competências acima descritas, adquiridas e desenvolvidas durante o período formativo teórico-prático.

Palavras-Chave:

Acidente Vascular Cerebral, Uniformização de Procedimentos em Enfermagem, Serviço de Urgência e Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

Stroke Critically Ill Patient: Standardizing Nursing Procedures in the Emergency Department

The nurses who provide care in the Emergency Department are the professionals who can make a difference in the care of the person with symptoms suggestive of Cerebral Vascular Accident.

In order for the nursing team to be properly organized to respond to this type of situation, training is a fundamental pillar to reduce, to the maximum extent possible, the time that the patient takes from his arrival to the Emergency Department to the effective treatment.

This report aims to demonstrate the acquisition of the skills of Master, Specialist Nurse and Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, seized during the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation and during the final stage.

The steps that allowed the implementation of an Individual Project in an Emergency Department are also included, with training as its main tool. In the same way, the skills described above, acquired and developed during the theoretical-practical training period, are analyzed in detail.

Key Words:

Acute Ischemic Stroke, Standardization of Procedures in Nursing, Emergency Department and Critical Illness Nursing.

ÍNDICE

	pág.
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1. Modelo Teórico de June Larrabee: Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência.....	17
2.2. Acidente Vascular Cerebral.....	22
2.3. Intervenção.....	25
2.3.1. Via Verde AVC.....	26
2.3.2. <i>Guidelines</i> para a abordagem precoce de doentes com acidente vascular cerebral isquémico agudo.....	27
2.3.2.1. Ventilação e oxigenação.....	30
2.3.2.2. Assegurar a circulação com controlo de hemorragia.....	31
2.3.2.3. Disfunção neurológica.....	32
2.3.2.4. Exposição com controlo de temperatura.....	34
2.3.2.5. Avaliação secundária.....	34
2.3.2.6. Exames complementares de diagnóstico e terapêutica.....	36
2.3.2.7. Trombólise endovenosa.....	37

2.3.2.8. Trombectomia mecânica.....	39
2.3.2.9. Transporte.....	40
2.3.2.10. Outros fármacos.....	40
3. ESTÁGIO FINAL.....	42
3.1. Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente.....	43
3.2. Serviço de Urgência.....	45
3.3. Atividades Desenvolvidas no Estágio Final na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente.....	47
3.4. Atividades Desenvolvidas no Estágio no Serviço de Urgência: Projeto Individual.....	49
3.4.1. Planeamento.....	51
3.4.2. Procedimentos.....	58
3.4.3. Avaliação do projeto individual.....	69
4. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	67
4.1. Competências de Mestre e Comuns do Enfermeiro Especialista.....	71
4.2. Competências Específicas.....	86
5. CONCLUSÃO.....	94
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96

ÍNDICE DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1 – Declaração de Aceitação de Orientação.....	CII
Anexo 2 - Parecer Positivo da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora.....	CIV
Anexo 3 - Parecer Positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA.....	CVI
Anexo 4 - Certificado de Participação no Evento Doente Crítico 2017.....	CX
Anexo 5 - Certificado de Integração na Comissão Organizadora das III Jornadas da Urgência.....	CXII
Anexo 6 - Certificado de Participação no <i>Workshop</i> “Interpretação de Traçados de ECG”, nas III Jornadas da Urgência.....	CXIV
Anexo 7 – Certificado da Apresentação do Poster com o título “Triagem de Manchester – a influência desmedida aos serviços de urgência”, integrado nas III Jornadas da Urgência.....	CXVI
Anexo 8 – Certificado da Apresentação do Poster com o título “Paragem respiratória em contexto intra hospitalar”, integrado nas III Jornadas da Urgência.....	CXVIII
Anexo 9 – Certificado de Preletor na mesa “Transporte do Doente Crítico: Recursos, Práticas e Necessidades”, com o tema “Normas e Boas Práticas no Transporte do Doente Crítico”, nas III Jornadas da Urgência.....	CXX
Anexo 10 – Certificado de Presença no V Encontro de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica.....	CXXII

Anexo 11 – Certificado de Presença no *Workshop* “Técnicas Dialíticas (Diálise e Diálise Peritoneal) no seu Contexto Prático”CXXIV

Anexo 12 – Certificado de Conclusão com Aproveitamento do Curso de Formação Profissional “Suporte Avançado de Vida” da American Heart Association.....CXXVI

ÍNDICE DE APÊNDICES

	pág.
Apêndice 1 - Projeto de Intervenção Individual para a Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente.....	CXXX
Apêndice 2 – Análise dos Resultados dos Artigos Selecionados.....	CXLI
Apêndice 3 – Documento para o Levantamento das Disponibilidades dos Enfermeiros para Comparência nas Sessões Formativas.....	CLV
Apêndice 4 – Sessão Formativa Intitulada “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”	CLVII
Apêndice 5 – Plano de Sessão de Formação Intitulada “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”	CLXXVIII
Apêndice 6 – Folha de Avaliação da Sessão “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência” para o Formando.....	CLXXXI
Apêndice 7 – Avaliação das Sessões Formativas Intituladas “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”	CLXXXIV
Apêndice 8 - Apresentação do Tema “Transporte do Doente Crítico: Recursos, Práticas e Necessidades, apresentando o tema “Normas e Boas Práticas no Transporte do Doente Crítico”	CXC
Apêndice 9 - Artigo “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”	CCVIII

ÍNDICE DE FIGURAS

	pág.
Figura nº 1 – Ilustração da Origem de um AVC Isquémico.....	23
Figura nº 2 – Ilustração da Origem de um AVC Hemorrágico.....	24
Figura nº 3 – Ilustração da Origem de um AIT.....	25
Figura nº 4 – Estruturação do Encaminhamento do Doente Crítico com Sintomatologia Sugestiva de AVC no SU Médico-Cirúrgica da ULSNA.....	56
Figura nº 5 – Resumo da Pesquisa da Metodologia PICO.....	61
Figura nº 6 – Critérios de Inclusão e de Exclusão da Metodologia PICO.....	61
Figura nº 7 – Planificação e Distribuição dos Grupos de Formação.....	68

ÍNDICE DE TABELAS

	pág.
Tabela nº 1 – Abordagem Inicial à Vitima: Avaliação Primária.....	29
Tabela nº 2 – Abordagem Inicial à Vitima: Avaliação Secundária.....	35
Tabela nº 3 – Escala de Cincinnati.....	53
Tabela nº 4 - Abordagem do Enfermeiro ao Doente com Suspeita de AVC Segundo as <i>Guidelines</i> de 2018.....	57
Tabela nº 5 – Tabela de Produções Científicas: Níveis de Evidência.....	62

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

% - Por cento

< - Menor

> - Maior

≥ - Maior ou igual

AHA – American Heart Association

AIT – Acidente Isquêmico Transitório

AVC – Acidade Vascular Cerebral

C – Centígrados

CNPDC – Coordenação Nacional Para as Doenças Cardiovasculares

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

dl – Decilitros

ECG – Eletrocardiograma

HDJMGP – Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

Kg – Quilogramas

mg – Miligramas

mmHg – Milímetros de Mercúrio

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale

° - Graus

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

SO – Serviço de Observação

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Cerebral

TISS 28 – Therapeutic Intervention Scoring System - 28

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do primeiro Curso de Mestrado em Associação com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa em Situação Crítica, foi proposta a realização de um projeto de Estágio e a elaboração de um relatório sobre o processo de desenvolvimento do Estágio final, cujo objetivo é garantir de forma adequada, coerente e uniforme a aplicação das normas constantes no Regulamento de Funcionamento dos Mestrados em Enfermagem da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde e de mais normas das Instituições de Ensino Superior de Acolhimento (Universidade de Évora, 2017, página [p.] 2).

O Estágio final, com o objetivo de aprofundar e desenvolver competências em cada área de especialização em enfermagem (Universidade de Évora, 2017, p.3), foi desenvolvido em 16 semanas e teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] e Intermédios Polivalente do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre [HDJMG] com a duração de 256 horas (32 turnos de 8 horas) e no Serviço de Urgência [SU] da mesma instituição, com a duração de 80 horas (10 turnos de 8 horas), este último com o intuito de implementar parcialmente o Projeto Individual desenvolvido.

O desenvolvimento do relatório, definido pela Universidade de Évora como um “trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição” (Universidade de Évora, 2017, p.2), foi acompanhado por um professor orientador, neste caso o Professor Doutor Adriano Pedro, pertencente à Escola Superior de Saúde de Portalegre (Anexo 1). Através deste relatório é possível descrever as fases da implantação do Projeto Individual e demonstrar a aquisição de competências inerentes ao Mestrado com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

O Projeto Individual desenvolvido teve como foco principal a atuação do enfermeiro perante um doente com sintomatologia sugestiva de Acidente Vascular Cerebral [AVC] e insere-se na linha de investigação e de ação da segurança e qualidade de vida.

As doenças cerebrovasculares são uma problemática atual da saúde pública, atingindo, independentemente do seu grau de desenvolvimento, todos os países de forma semelhante, estando associadas às primeiras causas de morte e incapacidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017d, p.18).

Para além dos problemas de mobilidade e mortalidade associados, o AVC leva também a um elevado consumo de recursos e encargos por parte do Sistema Nacional de Saúde, repercutindo-se, conseqüentemente, em toda a população portuguesa.

No sentido de contribuir para uma diminuição dos problemas e das dificuldades a ele associadas, o doente com AVC deve ser avaliado e tratado de uma forma rápida e segura. Para isso, cada SU deve dispor de um esquema de abordagem específico, dirigido ao doente com sintomatologia sugestiva de AVC.

Assente nesta premissa, com a elaboração deste relatório pretende-se, além de outras temáticas inerentes ao decorrer do Mestrado, estruturar um plano formativo a dirigir aos enfermeiros do SU do HDJMGP com vista à implementação de uma abordagem de enfermagem completa e eficaz, promovendo o célere acesso do doente com sintomatologia sugestiva de AVC a um diagnóstico atempado e a uma abordagem adequada.

Desta forma, o objetivo geral do presente relatório é demonstrar a aquisição das competências de Mestre, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica apreendidas durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e durante o Estágio final, apresentando-se como objetivos específicos:

¹Planear e implementar um Projeto Individual no SU Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, de acordo com as últimas evidências científicas;

²Descrever as fases do processo de implementação do Projeto Individual idealizado;

³Analisar e refletir as competências de Mestre, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas durante o processo de aprendizagem teórico-prático.

O presente relatório encontra-se sistematizado em diversos capítulos. O subsequente capítulo respeita à apresentação do modelo teórico que mais se ajusta ao Projeto Individual explanado, seguindo-se as definições de conceitos nele apresentados e as *guidelines* propostas pela American Heart Association [AHA], datadas de 2018, para a correta abordagem ao doente com AVC isquémico agudo.

No terceiro capítulo são elencadas as descrições na Unidade Local de Saúde onde foi desenvolvido o Estágio Final e os respetivos serviços nos quais foram adquiridas e desenvolvidas as competências pretendidas, assim como o planeamento e a metodologia do Projeto Individual desenvolvido no SU, conforme já referido.

No quarto capítulo constam as análises e reflexões das competências de Mestre, de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica adquiridas e desenvolvidas, apresentando-se fundamentadas conjuntamente e de acordo com o seu domínio.

No quinto e último capítulo, encontra-se explanada a conclusão do presente relatório, sendo apresentados e descritos os principais impactos e resultados, ocorridos durante a elaboração do mesmo.

O presente relatório encontra-se redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da sexta edição da American Psychological Association.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1. Modelo Teórico de June Larrabee: Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência

Os enfermeiros, na reflexão sobre as práticas por eles realizadas de forma a encontrar melhores alternativas, devem pesquisar e do ponto de vista crítico, avaliar os resultados encontrados e, em consequência, sintetizar evidências empíricas e contextualmente relevantes (Rosswurm & Larrabee, 1999, p.317).

Corroborando esta realidade, foram encetadas diversas iniciativas nacionais e internacionais para facilitar a prática baseada na evidência, levando a um aumento exponencial do número de estudos de pesquisa clínica, particularmente dos estudos, utilizando uma metodologia – ensaios clínicos randomizados, meta-análise e estudos dos resultados do doente. Esses estudos resultantes da pesquisa contribuem elementarmente para uma mudança da tradição e da prática intuitiva dos profissionais de saúde para um novo paradigma de prática baseada na evidência (Rosswurm & Larrabee, 1999, p.318).

A prática baseada na evidência define-se, então, como o uso da melhor evidência na tomada de decisões sobre os cuidados ao doente, onde esta evidência resulta de pesquisas conduzidas por enfermeiros e outros profissionais de saúde, reconhecendo a necessidade de basear as decisões específicas de enfermagem em evidências, onde as decisões são clinicamente apropriadas, mais económicas e contribuem para um aumento dos resultados clínicos do doente (Polit & Beck, 2014, p.52).

Os enfermeiros tomam as suas decisões clínicas baseadas num conjunto de conhecimentos e experiências adquiridas.

Inicialmente, como aluno de enfermagem, são adquiridas habilidades através da experiência e pedagogia dos lecionadores, livros e normas clínicas, enquanto que, como profissional de enfermagem, a aprendizagem resulta do conhecimento e observação da prática de outros

enfermeiros e restantes profissionais de saúde. Uma vez que as evidências se encontram em constante mudança, a aprendizagem das melhores práticas de enfermagem vai, naturalmente, perdurar durante toda a vida profissional (Polit & Beck, 2014, p.34)

A investigação em enfermagem advém de dois principais paradigmas:

¹Paradigma Positivista;

²Paradigma Construtivista.

O paradigma positivista dominou a pesquisa em enfermagem durante décadas, sendo caracterizado como um reflexo de um movimento cultural mais amplo – modernismo - que enfatiza o racional e o científico (Polit & Beck, 2014, p.35).

O paradigma construtivista teve o seu início num movimento contra o positivismo, defendendo que a realidade não é fixa, mas sim uma constante e evolutiva construção do conhecimento das pessoas que participam na pesquisa, num contexto onde muitas dessas construções são passíveis de serem realizadas. Este último paradigma defende também que o conhecimento será maximizado tanto quanto a distância entre o investigador e os participantes do estudo for minimizada.

A prática baseada na evidência, identifica as melhores evidências de pesquisa disponíveis e integra-as noutros fatores na tomada de decisão clínica (Polit & Beck, 2014, p.53). Contrariamente ao que foi inicialmente pensado, este paradigma não subvaloriza a importância do conhecimento clínico, defendendo sobretudo que a decisão clínica deve integrar as melhores evidências de pesquisa, conjuntamente com a experiência clínica adquirida, preferências dos doentes e as circunstâncias locais.

Desta forma, a melhor evidência científica respeita os resultados de pesquisa metodologicamente apropriados, rigorosos e clinicamente relevantes como resposta a questões urgentes – questões não apenas atinentes à eficácia, segurança e relação custo-eficácia das intervenções de enfermagem, mas também sobre a confiabilidade dos testes de avaliação de enfermagem, as causas e as consequências dos problemas de saúde e o significado e a natureza das experiências de cada doente (Polit & Beck, 2014, p.57).

A segurança na evidência aumenta quando os métodos de pesquisa se revelam convincentes, quando se constata vários estudos confirmatórios e quando as evidências são cuidadosamente avaliadas e sintetizadas.

Os modelos da prática baseada na evidência oferecem estruturas de planeamento e de implementação de projetos em contexto prático. Alguns modelos centram-se no uso da pesquisa sob a perspectiva de situações clínicas individuais, mas a maioria tem o seu especial enfoque nos esforços institucionais, nomeadamente, o Modelo de Mudança para a Prática Baseada na Evidência de Mary Rosswurm e June Larrabee, em 1999 (Polit & Beck, 2014, p.61).

Segundo Rosswurm e June Larrabee (1999) descrevem o modelo da prática baseada na evidência, dirigindo-se a todos os profissionais para orientação no decurso de todo o processo de mudança e deriva da consulta de literatura teórica e da pesquisa relacionada com a prática baseada em evidências. Este modelo foi desenvolvido e experimentado aquando da orientação de enfermeiros para a definição e integração de protocolos de práticas baseadas nas evidências de uma unidade de saúde e encontra-se dividido em várias fases, iniciando-se na avaliação da necessidade de mudança e com término na integração de um protocolo baseado na evidência, nos seguintes aspetos:

- ¹Avaliar a necessidade de mudanças na prática;
- ²Relacionar o problema com as intervenções e resultados;
- ³Sintetizar a melhor evidência;
- ⁴Projetar uma mudança na prática;
- ⁵Implementar e avaliar mudanças na prática;
- ⁶Integrar e manter a mudança na prática.

A primeira fase respeita à comparação entre os dados internamente recolhidos e os dados externos. Quando estes se traduzem num problema relacionado com a prática, os profissionais podem reunir com diferentes áreas para discutir e identificar, de forma clara e objetiva, o problema.

O interesse dos profissionais num cenário de mudança da prática pode ser estimulado pela consciencialização de preferências e pela insatisfação do doente, pelos dados da melhoria da qualidade, pelas consultas de profissionais e pelos dados de avaliação ou dados de pesquisa (Rosswurm & Larrabee, 1999, p.318).

Na segunda fase revela-se necessário definir o problema, utilizando a linguagem das classificações padronizadas e, sequencialmente, estabelecer uma ligação entre o problema, as intervenções e os resultados.

Na terceira fase, as intervenções e os resultados selecionados devem ser apurados, onde a melhor evidência de pesquisa deve ser sintetizada e definida conjuntamente com o julgamento clínico e com os dados contextuais, de forma a determinar se a evidência influencia nitidamente uma mudança da prática. É nesta fase que o problema, as potenciais intervenções e os resultados desejados se tomam como as principais variáveis para a pesquisa de revisão da literatura, devendo os profissionais avaliar os pontos mais e menos favoráveis dos respetivos estudos e identificar lacunas e/ou conflitos no conhecimento que se encontra disponível (Rosswurm & Larrabee, 1999, p.319).

Na falta de fortes evidências, os profissionais devem avaliar o benefício dos fatores de risco inerentes, considerando igualmente, a viabilidade da implementação das pesquisas encontradas na sua configuração prática. Uma vez que a síntese apenas reúne a evidência existente e na descrita medida, não gerando novas evidências ou conhecimentos, se a grande parte das evidências for pobre, é necessário realizar pesquisas adicionais previamente à decisão de mudança de práticas ou políticas. Porém, se a síntese da pesquisa indicar evidências que apoiem uma mudança da prática com os benefícios desejáveis associados a riscos mínimos, os profissionais poderão prosseguir com a concretização da mudança.

À quarta fase, está adjacente uma descrição das variáveis do processo e uma sequência detalhada das atividades para a mudança da prática, habitualmente em forma de protocolo, procedimento ou padrão. O ambiente da prática, os recursos e as observações resultantes das partes interessadas são cruciais para projetar a mudança pretendida, contribuindo para uma redução da complexidade do protocolo e para um aumento da probabilidade da sua aceitação, onde resultados mais revelantes, a nível organizacional, contribuem para uma maior aceitação da prática desejada (Rosswurm & Larrabee, 1999, p.320).

A quinta fase diz respeito à implementação do estudo. A implementação do estudo tem maior probabilidade de ser mais bem-sucedida se o coordenador do mesmo acompanhar de forma próxima e direta todo o processo e se se mantiver disponível para todos os esclarecimentos que possam ser suscitados pelos profissionais abrangidos.

Após se encontrar ativo o protocolo e o tempo previamente designado, deverão ser realizadas diversas pesquisas (a doentes e funcionários), onde os dados devem ser devidamente analisados e posteriormente apresentados de forma gráfica, facilitando a interpretação dos mesmos. Efetuada a análise, os profissionais concluirão se existiu ou não uma diferença substancial nos indicadores prévia ou posteriormente à realização do estudo, não devendo esquecer que os resultados podem ser condicionados por múltiplos fatores, inclusivamente, as características dos doentes e da respetiva equipa (Rosswurm & Larrabee, 1999, p.321).

Na sexta e última fase iniciam-se, então, as estratégias de mudança se os resultados do estudo apoiarem a integração da nova prática de cuidados. Admitindo que uma pequena mudança poderá desencadear um efeito sequencial (também vulgarmente conhecido por efeito dominó), as pessoas afetadas a essa mudança, por vezes, perspetivam esta realidade como perturbadora. Torna-se, assim, fundamental perceber o clima cultural organizacional sempre que novas medidas estejam para ser tomadas para implementação de uma nova prática e que as partes interessadas estejam sempre presentes nas diversas etapas deste modelo (Rosswurm & Larrabee, 1999, p.321).

A aceitação dos detalhes e dos processos de aprovação organizacionais permite uma rápida e subtil mudança nos padrões de atendimento da organização. Os líderes informais necessitam de participar no processo de difusão, assim como na formação contínua, apresentando-se a formação em serviço como um veículo facilitador de mudanças de comportamento dos profissionais e reforça a implementação da nova prática baseada na evidência.

Em suma, atualmente verifica-se uma mudança de paradigma na atuação dos profissionais de saúde, com práticas baseadas na evidência e, conseqüentemente, com uma melhoria da qualidade do atendimento do doente e do julgamento clínico. Assim, os profissionais devem ter conhecimento nas formas de obter, interpretar e integrar a melhor evidência científica segundo os dados dos respetivos doentes e observações clínicas (Rosswurm & Larrabee, 1999, p.322).

2.2. Acidente Vascular Cerebral

Um AVC é definido “como um déficit neurológico súbito, motivado por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central” (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares [CNPDC], 2007, p.23). O AVC sucede-se após oclusão de uma artéria cerebral pela obstrução por um coágulo ou ocorrendo uma rutura, levando a uma diminuição ou ausência do aporte sanguíneo e consecutivamente à morte celular (AHA, 2018d), apresentando sinais de alerta, nomeadamente ¹dificuldade em falar, ²boca ao lado e ³falta de força de um membro (DGS, 2017d, p.1).

Segundo o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares de 2017, 29,7 por cento [%] das causas de morte em Portugal estão relacionadas com doenças do aparelho circulatório, nomeadamente, com a doença isquémica aguda e com doenças cerebrovasculares. Mesmo sendo um valor percentual elevado, este valor foi o mais baixo das últimas décadas.

Devido a novas abordagens terapêuticas, assim como à consolidação da atividade de múltiplas unidades de AVC, foi alcançada uma marcante redução da taxa de mortalidade associada às doenças cerebrovasculares, em particular no AVC isquémico, com uma redução na ordem dos 39% em doentes com idade inferior a 70 anos (DGS, 2017c, p.7).

As doenças cerebrovasculares estão associadas a um conjunto de fatores de risco que podem ser modificáveis ou não. A idade, hereditariedade, raça e o sexo, assim como antecedentes de AVC, acidentes isquémicos transitórios e o enfarte agudo do miocárdio são exemplos de fatores que não são suscetíveis de modificação. Contudo, os fatores de risco modificáveis podem ser intervencionados através de alterações de estilo de vida bem como através de meios farmacológicos. Os fatores de risco modificáveis são por exemplo, os casos de ¹hipertensão arterial, ²tabagismo, de ³diabetes mellitus, ⁴dieta, ⁵sedentarismo, ⁶obesidade, ⁷colesterol, ⁸patologias das artérias caróticas, ⁹patologias das artérias periféricas, ¹⁰fibrilhação auricular, ¹¹outras patologias cardíacas e ¹²anemia falciforme (AHA, 2018b).

Quando se dá a morte das células neurológicas, perdem-se as capacidades controladas por essa área cerebral afetada. Algumas pessoas recuperam totalmente as suas capacidades, embora mais de 2/3 dos sobreviventes permaneçam com um tipo de deficiência (AHA, 2018).

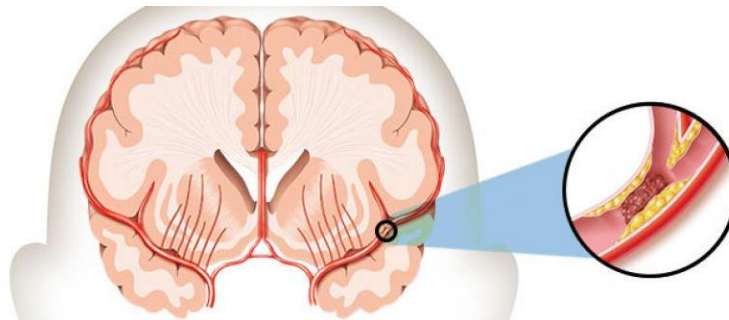
O AVC, segundo a AHA, é classificado em diferentes tipos tendo em conta o seu mecanismo de origem. Podem ser: o ¹AVC isquémico, o ²AVC hemorrágico, o ³AVC criptogénico e o ⁴Acidente Isquémico Transitório [AIT].

O AVC isquémico ocorre em 87% dos casos e é originado aquando da interrupção do fluxo sanguíneo a uma determinada área do cérebro, privando as células do sistema nervoso – neurónio – do aporte de oxigénio e nutrientes necessários.

Esta interrupção é provocada por um coágulo, causando uma obstrução de uma artéria cerebral. O coágulo pode ser originado noutra local do sistema circulatório, nomeadamente no coração e nas artérias do tórax e pescoço – originando um êmbolo – ou pode formar-se nas camadas internas das artérias, obstruindo o fluxo sanguíneo – ocorrendo a formação de um trombo – sendo posteriormente destacado e ocluindo artérias cerebrais de menor calibre.

Uma das causas que pode contribuir para a formação de coágulos sanguíneos são os batimentos cardíacos irregulares, nomeadamente a fibrilhação auricular, potenciando cinco vezes mais o risco de ocorrência de AVC.

Figura nº 1 – Ilustração da origem de um AVC isquémico



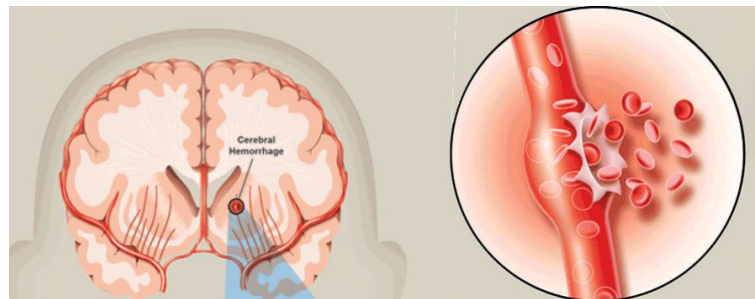
Fonte: <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke>

O AVC hemorrágico é um tipo de AVC diagnosticado em aproximadamente 13% dos casos de AVC e ocorre após rutura de um vaso sanguíneo, levando à formação de uma hemorragia,

comprimindo o tecido neurológico circundante. Esta hemorragia pode ocorrer no interior do cérebro – hemorragia intracerebral – ou no exterior deste – hemorragia subaracnóidea.

O AVC hemorrágico é frequentemente originado por duas causas: aneurismas e malformações arteriovenosas.

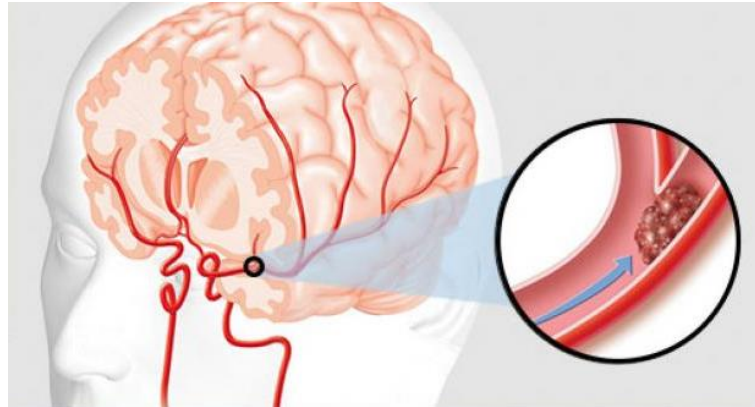
Figura nº 2 – Ilustração da origem de um AVC hemorrágico



Fonte: <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke/hemorrhagic-stroke>.

O AIT ocorre quando da interrupção temporária do fluxo sanguíneo a determinada zona cerebral. Esta interrupção temporária não provoca consequências permanentes, contudo é um acontecimento grave, premonitório de situações mais gravosas e, por isso, não deve ser ignorado.

Figura nº 3 – Ilustração da origem de um AIT



Fonte: <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke/what-tia>

O AVC criptogénico representa 30% dos acidentes vasculares cerebrais isquémicos e ocorre por causa desconhecida. Apesar do desconhecimento da causa, conseguem-se indicar causas que potencialmente estão na origem de um AVC criptogénico, nomeadamente, a fibrilhação auricular, trombofilia e aterosclerose arterial.

2.3. Intervenção

Qualquer pessoa que apresente sinais de AVC, o tempo de atuação está intimamente relacionado com viabilidade do tecido cerebral. O tecido cerebral é bastante vulnerável à privação do aporte sanguíneo, onde cada minuto de isquémica corresponde a um elevado número de células nervosas destruídas (DGS, 2017d, p.17). Torna-se, por isso, essencial um atendimento atempado com vista à redução do tempo até ao início do tratamento eficaz, contribuindo para a redução dos danos cerebrais, redução da mortalidade e para uma melhor recuperação da pessoa, nas 24 horas após o início da sintomatologia de AVC (AHA, 2018c).

Para evitar que esta situação patológica se traduza em défices de gravidade variável, associados ao sofrimento e a custos sociais de considerável expressão, torna-se “necessário agilizar

um sistema de socorro em que a luta contra o tempo é o primeiro objetivo” (DGS, 2017d, p.17). Assim, no decorrer da ativação do número de emergência médica, devem-se privilegiar as situações potenciais de AVC, aumentando a rapidez no atendimento pré-hospitalar e minimizando o tempo de atuação e do respetivo transporte, transferindo o doente o mais rapidamente possível para uma unidade de saúde adequada à realização do tratamento eficaz (Powers *et al.*, 2018, p.6).

Para incentivar e promover um rápido encaminhamento de doentes com a indicada sintomatologia, revelou-se a necessidade de criação de metas temporárias para realização de importantes etapas para diagnóstico e seleção de doentes que possam ser submetidos ao tratamento com altaplastase endovenosa, nomeadamente, a realização de tomografia axial cerebral [TAC] sem contraste e o início da administração da altaplastase, podendo esta ser administrada de forma endovenosa em doentes devidamente selecionados até um período de 4,5 horas após o início sintomatológico (Powers *et al.*, 2018, p.18). Também a trombectomia mecânica possui um tempo máximo de realização que pode ir de 6 até 24 horas após o início dos sintomas (Powers *et al.*, 2018, p.28), dependendo dos critérios de seleção, posteriormente apresentados.

2.3.1. Via Verde AVC

Desde 2015 que os hospitais nacionais devem possuir, devidamente estruturadas e implementadas, o conjunto de normas clínicas emitidas pela DGS: a Via Verde Coronária e a Via Verde AVC (DGS, 2015, pp.1-2). Estas podem ser “definidas em função de uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré e intra-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações” (CNPDC, 2007, pp.38-39).

A Via Verde AVC inicia-se no âmbito pré-hospitalar, aquando da marcação pela pessoa, familiar, cuidador ou quem assiste do Número Europeu de Emergência 112 na presença de qualquer um dos sinais de alerta de AVC (DGS, 2017d, p.1).

A existência de circuitos devidamente estruturados intensifica a importância da inexistência de atrasos no acesso da pessoa com sintomatologia sugestiva de AVC na entrada de uma unidade de saúde adequada e ao início do tratamento adequado (DGS, 2017d, p.17).

2.3.2. *Guidelines* para a abordagem precoce de doentes com acidente vascular cerebral isquémico agudo

Em 2018, foram lançadas as últimas *guidelines* para intervenção ao doente com AVC isquémico agudo, cujo objetivo é fornecer um conjunto de recomendações atualizadas para os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos aos doentes adultos com AVC isquémico (Powers *et al.*, 2018, p.2). A população-alvo a que este documento se direciona são os profissionais que desempenham funções em ambiente pré-hospitalar, aos médicos conjuntamente com os restantes profissionais de saúde e, por fim, aos administradores hospitalares.

De forma a simplificar a abordagem do enfermeiro, foi organizada e estruturada uma exposição da abordagem ao doente com AVC isquémico agudo segundo as mais recentes *guidelines* e a forma de atuação preconizada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. Deste modo, pretende-se transpor as *guidelines* supracitadas para a realidade portuguesa, facilitando a perceção do profissional relativamente ao conteúdo exposto.

As referidas *guidelines* são baseadas nas melhores evidências científicas atualmente existentes, tendo sido atualizadas a partir das *guidelines* já existentes, datadas de 2013. As mesmas suportam o conceito abrangente dos sistemas de cuidados quer pré-hospitalar, quer intra-hospitalar, onde são detalhadamente abordados os cuidados pré-hospitalares, a avaliação urgente e emergente, o seu tratamento através de meios endovenosos e intra-arteriais e onde estão incluídas as medidas de prevenção secundária, não esquecendo a respetiva gestão hospitalar.

Assim como se torna fundamental a existência de programas que permitam educar a população geral para a temática do AVC, corroborando para o ensino dos sinais de alerta e ensinando-a a ativar, de forma urgente, o serviço de emergência médica, existe igualmente a

preocupação de iniciar e monitorizar programas educativos dentro da temática do AVC, dirigido aos profissionais de saúde, funcionários hospitalares e profissionais do atendimento pré-hospitalar, com o intuito de aumentar o número de doentes tratados, aumentando simultaneamente a qualidade dos respetivos cuidados (Powers *et al.*, 2018, p.6).

Contribuindo para o desenvolvimento de programas dirigidos aos profissionais de saúde e para o benefício da gestão dos cuidados hospitalares, surge a necessidade de desenvolver protocolos de triagem e fluxos de trabalho, garantindo que os doentes que apresentem sintomatologia sugestiva de AVC ou já com AVC diagnosticado sejam rapidamente identificados e avaliados por um instrumento de trabalho devidamente validado na identificação de sintomatologia de AVC, nomeadamente a escala FAST (face, braço e teste da fala), a Escala Pré-hospitalar para AVC de Los Angeles e a Escala de Cincinnati (Powers *et al.*, 2018, p.7). Aquando da confirmação dos resultados positivos dos testes realizados ou de uma forte suspeita de AVC, este tipo de doentes devem ser encaminhados, de forma urgente, para unidades de saúde onde se possa ser administrada altiplase endovenosa.

É recomendando por Powers *et al.* (2018, p.7) a existência de um fluxo/protocolos de trabalho previamente organizados para avaliação de doentes com sintomatologia sugestiva de AVC, onde os tempos de “porta-agulha” – o momento da entrada do doente na unidade de saúde até ao início do tratamento – devem estar devidamente estabelecidos, onde o objetivo principal corresponde a tempos de “porta-agulha” inferiores a 60 minutos em $\geq 50\%$ dos casos de AVC isquémico tratados com altiplase endovenosa e onde o objetivo secundário corresponde a tempos de “porta-agulha” inferiores a 45 minutos em $\geq 50\%$ deste tipo de doentes.

Após o reconhecimento atempado da sintomatologia de AVC, o doente deve ser avaliado (Tabela nº 1). Segundo o INEM, a avaliação primária deve concretizar-se em cinco diferentes passos sequenciais por prioridade: A – Airway – Permeabilização da Via Aérea, B – Breathing – Ventilação e Oxigenação, C – Circulation – Assegurar a Circulação com Controlo de Hemorragia, D – Disability – Disfunção Neurológica e E – Expose/Environment – Exposição com Controlo de Temperatura (INEM, 2012, p.17).

Qualquer avaliação que coloque o doente em risco de vida deve ser imediatamente abordada e devidamente resolvida e só depois proceder às restantes avaliações. A realização desta avaliação sequencial deve apenas demorar entre 60 e 90 segundos (Elvas *et al.*, 2012, p.17).

Tabela nº 1 - Abordagem Inicial à Vítima: Avaliação Primária

<p>A – Permeabilização da Via Aérea</p>	<p>- <u>Estabilização da cervical</u>, se trauma associado;</p> <p>- <u>Pesquisar</u>: cavidade oral, sinais de obstrução da via aérea, rouquidão, desvio da traqueia, ingurgitamento jugular;</p> <p>- <u>Palpar</u>: região da laringe (enfisema subcutâneo, crepitações, fratura).</p>
<p>B – Ventilação e Oxigenação</p>	<p>- <u>Pesquisar</u>: movimentos simétricos da parede torácica, uso dos músculos acessórios (músculos abdominais, tiragem supra-esternal, espaços intercostais, supra-clavicular, subcostal, adejo nasal), cianose central;</p> <p>- <u>Inspecionar e palpar</u>: características da ventilação, instabilidade da parede torácica, dor, deformidades e/ou crepitações, percussão digital torácica (hiper-ressonância ou macicez);</p> <p>- <u>Auscultação</u>: sons respiratórios (presença e características) e sons cardíacos;</p> <p>- <u>Monitorizar</u>: Saturação Periférica de Oxigénio [SpO2] e capnografia.</p>
<p>C – Assegurar a Circulação com Controlo de Hemorragia</p>	<p>- <u>Pesquisar e inspecionar</u>: hemorragias externas, pele (temperatura, humidade e coloração), hemorragias ocultas (tórax, bacia, fémur, úmero), tempo de preenchimento capilar, pulsos central e periférico (simetria dos pulsos radiais e femorais);</p> <p>- <u>Monitorizar</u>: ritmo, eletrocardiograma, frequência cardíaca e tensão arterial;</p> <p>- <u>Identificar choque</u>: tipo e classe.</p>
<p>D – Disfunção Neurológica</p>	<p>- <u>Avaliar</u>: pupilas (tamanho e reatividade), estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow), sinais focais bilaterais (força muscular e défices sensoriomotores, músculos da face, membros inferiores e superiores, alteração da linguagem), nível da lesão (traumatismo vertebro-medular);</p> <p>- <u>Pesquisar</u>: critérios de inclusão na Via Verde AVC;</p> <p>- <u>Monitorizar</u>: glicémia capilar.</p>

E – Exposição com Controlo de Temperatura	<ul style="list-style-type: none">- Controlo da temperatura, privacidade e dignidade da vítima; - <u>Pesquisar</u>: outras lesões; - Início da Avaliação Secundária.
--	--

Fonte: Elvas *et al.* (2012, p.21)

2.3.2.1. Ventilação e oxigenação

Num quadro clínico de AVC existe uma privação de oxigénio e do fornecimento energético celular, tornando-se intuitivo que a hipoxemia e a hipotensão sejam evitadas e, se instaladas, rapidamente corrigidas para diminuição do agravamento de danos neurológicos (Jauch *et al.*, 2013, p.888).

A hipoxia é uma situação frequente num doente com AVC. As causas variam entre a obstrução das vias aéreas e hipoventilação e a aspiração de conteúdo, atelectasias e pneumonia, principalmente em doentes cuja consciência se encontra diminuída ou com disfunção do tronco encefálico, por diminuição ou ausência total dos reflexos protetores (Jauch *et al.*, 2013, p.888).

Se o doente apresentar diminuição do estado de consciência ou diminuição das suas funções bulbares e que estas comprometam a via aérea, o suporte da via aérea e a assistência ventilatória devem ser garantidos, assim como, se deve iniciar oxigenoterapia suplementar para obter e manter SpO2 maior ou igual [≥] a 94%, não estando recomendada em doentes com SpO2 ≥ 94% com ar atmosférico (Powers *et al.*, 2018, p.16).

2.3.2.2. Assegurar a circulação com controlo de hemorragia

Durante a fase aguda do AVC isquémico ocorre uma diminuição fisiológica da tensão arterial [TA], elevando-se 90 minutos após o início da sintomatologia. A hipertensão arterial extrema é francamente prejudicial para o doente, contribuindo para o desenvolvimento de encefalopatia, complicações cardíacas e insuficiência renal. Porém, a hipertensão arterial relativa durante o AVC isquémico agudo pode ser analisada como benéfica e prejudicial: contribui favoravelmente para uma melhoria da perfusão cerebral do tecido isquémico e aumenta desfavoravelmente o risco de edema cerebral ou o risco de transformação hemorrágica (Jauch *et al.*, 2013, p.889).

Doentes que apresentem uma TA elevada devem ser estabilizados para que se possa iniciar o tratamento trombolítico, uma vez que tensões arteriais mais elevadas, após administração de alteplase, estão associadas a um maior risco de hemorragia intracraniana (Powers *et al.*, 2018, p.17). As hipertensões devem ser cuidadosamente reduzidas para atingir valores de TA sistólica inferior a 185 milímetros de mercúrio [mmHg] e a TA diastólica inferior a 110 mmHg e após o tratamento com terapia trombolítica, a TA deve manter-se inferior aos valores 180/105 mmHg nas primeiras 24 horas (Powers *et al.*, 2018, p.17).

Excecionalmente, o tratamento da hipertensão precoce está indicado quando esta se encontra associada a outras patologias, nomeadamente, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca descompensada, disseção aórtica ou pré-eclampsia/eclampsia. Estes casos exigem uma redução tensional prioritária para evitar graves e inerentes complicações. Porém, uma redução acentuada da tensão arterial pode aumentar a isquémia cerebral, levando ao aumento da probabilidade de danos neurológicos. Assim, torna-se seguro reduzir em 15% os valores tensionais (Powers *et al.*, 2018, p.34).

Em doentes cuja TA seja superior a 220/120 mmHg, que não tenham recebido tratamento com alteplase endovenosa ou trombectomia mecânica e que não apresentem um quadro clínico que requiera um tratamento anti-hipertensivo instantâneo, a TA pode ser reduzida em 15% durante as primeiras 24 horas após o início sintomatológico do AVC (Powers *et al.*, 2018, p.34).

Durante o internamento e de forma a controlar a TA a longo prazo, deve iniciar-se ou reiniciar-se a terapêutica anti-hipertensiva em doentes cuja TA seja superior a 140/90 mmHg e que se apresentem neurologicamente estáveis (Powers *et al.*, 2018, p.35).

Relativamente à monitorização cardíaca, esta é necessária pelo menos nas primeiras 24 horas de forma a detetar alterações do ritmo cardíaco potencialmente graves que careçam de tratamento urgente, nomeadamente a fibrilhação auricular (Powers *et al.*, 2018, p.43).

A avaliação do eletrocardiograma [ECG] e respetiva avaliação das troponinas em doentes com AVC isquémico devem ser realizadas. Porém, estas avaliações não devem prejudicar o início da administração da altaplastase endovenosa (Powers *et al.*, 2018, p.15).

Atentos os procedimentos anteriormente referidos, revela-se fulcral estabelecer acessos venosos, porque não só facilita a administração de terapêutica e fluidoterapia assim como, contribui para a redução do tempo de permanência do doente numa unidade não especializada na administração de trombólise. Ao estabelecer o acesso venoso, o profissional de saúde poderá obter, de forma imediata, amostras de sangue para análise (Jauch *et al.*, 2013, p.891).

Situações clínicas como a hipovolémia e a hipervolémia podem ser encontradas em doentes com AVC isquémico agudo, estando a velocidade das perfusões e o tipo de solução dependente das necessidades hídricas de cada doente. A hipovolémia está relacionada com uma hipoperfusão da lesão cerebral isquémica, com possibilidade de uma insuficiência renal associada e com um aumento da probabilidade de formação de novos trombos. Já a hipervolémia está associada a um agravamento do edema cerebral isquémico e a uma sobrecarga cardíaca, podendo repercutir-se a nível do miocárdio (Jauch *et al.*, 2013, p.891). Deste modo, situações de hipotensão e hipovolémia devem ser corrigidas de forma a assegurar uma adequada perfusão multiorgânica.

2.3.2.3. Disfunção neurológica

O doente com sintomatologia sugestiva de AVC precisa de uma avaliação clínica minuciosa, onde se inclui a execução de um correto exame neurológico (Powers *et al.*, 2018, p.11). Este deverá ser realizado de forma breve, completo e padronizado. Apenas assim estará garantido que os principais componentes de um exame neurológico sejam avaliados atempada e uniformemente (Jauch *et al.*, 2013, p.879).

Com o referido fim, recomenda-se preferencialmente a utilização de uma escala de classificação da gravidade do AVC, nomeadamente a *National Institutes of Health Stroke Scale* [NIHSS]. A utilização de uma escala padronizada contribui para a quantificação do défice neurológico, facilita a comunicação, ajuda na identificação de doentes para terapia trombolítica ou mecânica, é mensuravelmente objetiva e identifica doentes cujo risco de hemorragia intracraniana é elevado. Esta escala possuiu uma utilidade demonstrada e pode ser aplicada por um largo grupo de profissionais de saúde com precisão e confiabilidade (Powers *et al.*, 2018, p.11), inclusivamente pelos enfermeiros (NIHSS, 2018).

A glicémia capilar é a única análise sanguínea que deve ser realizada previamente ao início da administração de alteplase endovenoso (Powers *et al.*, 2018, p. 20), para despiste de situações de hipoglicemia e hiperglicemia.

A hipoglicemia é caracterizada por uma glicémia capilar inferior a 60 miligramas [mg] por decilitro [dl] (Powers *et al.*, 2018, p.18), situação pouco frequente em doentes com sintomatologia de AVC. Este quadro clínico emergente poderá causar sintomatologia autónoma e neurológica semelhante à sintomatologia do AVC e de crises epiléticas, sendo facilmente corrigida após administração de dextrose endovenosa ou através da administração de soluções orais que contenham glicose, apesar de estas serem mais tardias para provocar um aumento da glicémia e não se adequarem em doentes disfágicos (Jauch *et al.*, 2013, p.892). Assim, seguro será afirmar, que a avaliação da glicémia capilar é um procedimento preponderante.

Por outro lado, também a hiperglicemia é comum durante a ocorrência do AVC isquémico agudo, resultante da diminuição do metabolismo da glicose por uma reação ao stress e está associada a maiores complicações para o doente nas primeiras 24 horas após o AVC do que a normoglicemia (Jauch *et al.*, 2013, p.892). Desta forma é importante resolver a hiperglicemia para valores de glicémia capilar entre os intervalos de 140 e 180 mg/dl (Powers *et al.*, 2018, p.18).

As crises convulsivas que decorrem do desenvolvimento do AVC isquémico devem ser tratadas de forma semelhante àquelas que ocorrem num contexto neurológico diferente, e os fármacos anticonvulsivantes escolhidos conforme as características do doente. O seu uso profilático não é recomendado (Powers *et al.*, 2018, p.41).

2.3.2.4. Exposição com controlo de temperatura

A hipertermia está relacionada com o aumento da atividade metabólica, com a libertação de neurotransmissores e também com o aumento da produção de radicais livres. Assim, há que determinar a origem da hipertermia, podendo esta ser uma consequência secundária do próprio AVC ou estar associada a outras patologias, nomeadamente a endocardite infecciosa, pneumonia, infeção do trato urinário ou até sépsis (Jauch *et al.*, 2013, p.889).

Picos de temperatura corporal inferiores a 37 graus [°] centígrados [C] e superiores a 39°C nas primeiras 24 horas estão associados a um aumento da mortalidade intra-hospitalar comparativamente à normotermia. Assim, é essencial a identificação dos motivos da hipertermia e caso a temperatura corporal se apresente superior a 38°C, deverá proceder-se à administração de antipiréticos a baixas temperaturas em doentes com AVC e com hipertermia (Powers *et al.*, 2018, p.18).

Apesar de se apresentar como estratégia neuroprotetora, não está comprovado que situações de hipotermia induzida sejam benéficas em doentes com AVC isquémico (Powers *et al.*, 2018, p.18).

2.3.2.5. Avaliação secundária

Após conclusão de uma correta avaliação primária do doente e sua estabilização hemodinâmica, a avaliação secundária torna-se decisiva para continuidade dos cuidados, revelando-se de extrema relevância a informação do exato momento em que se iniciaram os sintomas, podendo este ser parametrizado como o último momento em que o doente se encontrava no seu estado normal (Tabela nº 2). Esta informação é fundamental para a realização do tratamento trombolítico, podendo também ser corretamente obtida durante a avaliação inicial, através da recolha de elementos, realizada junto da pessoa que a assistiu – familiar ou não – ou através da equipa de emergência/bombeiros. Se tal informação não puder ser obtida, considera-se

o momento de início dos sintomas quando o doente se encontrava acordado e sem sintomas, admitindo como estando no seu estado habitual (Jauch *et al.*, 2013, p.879).

Outras informações relevantes dizem respeito a qualquer sinal de atividade convulsiva ou trauma antes do início dos sintomas. Estas podem ajudar na diferenciação diagnóstica entre AVC, história de epilepsia ou hipoglicemia (Jauch *et al.*, 2013, p.879).

Tabela nº 2 - Abordagem Inicial à Vítima: Avaliação Secundária

Parâmetros Vitais	<u>(Re)Avaliar parâmetros vitais de 5 em 5 minutos (se doente crítico) ou de 15 em 15 minutos (se doente não crítico)</u> – frequência respiratória, frequência cardíaca, TA, SpO2 e capnografia, temperatura e dor.
Recolha de Informação	<u>Caracterizar a sintomatologia referida e recolher informações relevantes:</u> C – Circunstâncias do incidente H – História anterior de doença e/ou gravidez A – Alergias M – Medicação habitual U – Última refeição
Observação Geral/Sistematizada	<u>Realizar um exame objetivo, através da inspeção, palpação, auscultação e percussão</u> – cabeça e pescoço, tórax, abdómen, bacia e períneo, membros superiores e inferiores, dorso e superfícies posteriores.

Fonte: Elvas *et al.* (2012, p.42)

2.3.2.6. Exames complementares de diagnóstico e terapêutica

São vários os exames complementares de diagnóstico e terapêutica que rotineiramente são solicitados. Porém, numa fase diagnóstica de tamanha relevância, só alguns se tornam de extrema importância, sendo recomendado a realização de um número limitado de exames complementares de diagnóstico, uma vez que o tempo é escasso e, portanto, crítico.

O diagnóstico precoce, através de uma avaliação da imagem cerebral e da respetiva interpretação, permanece crítico para uma rápida avaliação e confirmação de diagnóstico do doente com sintomatologia de AVC isquémico, sendo apenas, desta forma, possível identificar o tamanho, localização e distribuição da isquémia cerebral, a presença de hemorragia, a gravidade e se existe oclusão de grandes artérias, informações que influenciam determinantemente as decisões de tratamento imediato e as de longo prazo (Jauch *et al.*, 2013, p.882).

O exame complementar de diagnóstico mais económico, que auxilia na exclusão de hemorragia intracraniana e que ajuda na tomada de decisão relativamente à escolha do tratamento adequado com um significativo aumento dos resultados, é a TAC sem contraste (Powers *et al.*, 2018, p.13).

Assim como nos objetivos traçados para o tempo de realização de trombólise, também a realização da TAC deve ter como tempo limite máximo 20 minutos, devendo ser contabilizados desde a chegada do doente com sintomatologia de AVC ao SU até à sua realização. Uma vez que os benefícios da trombólise e da trombectomia mecânica estão intimamente relacionados com o tempo de janela terapêutica, o propósito da meta temporal traçada será reduzir o tempo entre o resultado da imagem cerebral efetuada e o início do tratamento adequado (Powers *et al.*, 2018, p.13).

No que respeita à ressonância magnética, esta não deve ser utilizada de forma rotineira. Pese embora a ressonância magnética se trate de um exame complementar de diagnóstico mais sensível que a TAC para detetar acidentes vasculares cerebrais, conseguindo adicionalmente fornecer informações para o diagnóstico inicial ou para a gestão do tratamento mais eficaz, do ponto de vista económico torna-se mais dispendioso. Assim, a TAC sem contraste revelou ser mais rentável em situações de AVC isquémico, uma vez que consegue detetar causas que comprometam a administração de terapêutica trombolítica, nomeadamente, a hemorragia intracraniana e

consegue, com precisão, apresentar uma imagem cerebral negativa ou uma imagem com alterações isquêmicas iniciais, se detetadas (Powers *et al.*, 2018, p.13).

No que diz respeito à realização de raio-x tórax, este deverá ser retardado caso não se verifique existir evidência de doença vascular pulmonar, cardíaca ou pulmonar aguda (Powers *et al.*, 2018, p.16).

Caso surja uma suspeita de coagulopatia, poderá ser necessária a realização de colheita de sangue para análise da razão normalizada internacional, do tempo de tromboplastina parcial ativada e da contagem plaquetária. De outra forma, o tratamento com alteplase endovenoso não deve ser adiado enquanto se aguardam resultados hematológicos ou de coagulação, caso não exista suspeita de alterações analíticas.

Em suma, além da TAC sem contraste, todos os outros exames complementares de diagnósticos e terapêutica devem ser protelados de forma a não atrasar o início da administração da terapia trombolítica.

2.3.2.7. Trombólise endovenosa

A alteplase endovenosa é o tratamento administrado em doentes selecionados com AVC isquémico, onde o benefício do mesmo encontra-se dependente do tempo, devendo iniciar-se o mais precocemente possível e nas três primeiras horas após o início dos sintomas ou do último momento em que o doente se apresentava no seu estado normal (Powers *et al.*, 2018, p.18).

A alteplase endovenosa administra-se com a dose de 0,9 mg por quilograma [kg], onde os primeiros 10% devem ser administrados em bólus num período de 1 minuto e a restante dosagem em 60 minutos, num máximo de 90 mg. Ademais, também a tenecteplase endovenosa em bólus único (0,4 mg/kg) pode ser administrada no tratamento do AVC isquémico em doentes com défice neurológico *minor* e sem oclusão intracraniana *major*, como alternativa à alteplase, tendo apresentado igual segurança e eficácia no tratamento. Além da alteplase e da tenecteplase, o

benefício dos restantes agentes trombolíticos não foi comprovado, pelo que a sua administração é desaconselhada nos doentes com AVC isquémico (Powers *et al.*, 2018, p.26).

Quando devidamente administrado, nas três primeiras horas após o início sintomatológico, a segurança e a eficácia do tratamento trombolítico encontram-se devidamente comprovadas em doentes adultos com sintomatologia evidente de AVC, independentemente da sua idade e/ou gravidade clínica. Pode existir um alargamento da janela terapêutica dos doentes devidamente selecionados de 3 horas até 4,5 horas após o início sintomatológico, onde os benefícios do tratamento devem ser ponderados relativamente aos riscos (Powers *et al.*, 2018, p.18).

A trombólise é igualmente aconselhável em doentes que apresentem micro-hemorragias cerebrais, observadas após realização de ressonância magnética, num índice inferior a 10. Num índice superior a 10, o tratamento com alteplase está infimamente relacionado com um risco elevado de hemorragia intracraniana, apresentando-se incertos os benefícios do tratamento (Powers *et al.*, 2018, p.19).

Em doentes em que se tenham administrado heparinas de baixo peso molecular, quer doses profiláticas, quer doses de tratamento nas últimas 24 horas, a terapêutica trombolítica não é aconselhável (Powers *et al.*, 2018, p.19).

eticamente, justifica-se a administração da alteplase endovenosa sem consentimento informado, atribuindo-se a necessidade da administração atempada, das incapacidades do doente, nomeadamente, a afasia ou confusão e inexistência de um representante legal imediatamente disponível (Powers *et al.*, 2018, p.18).

O tratamento trombolítico intra-arterial torna-se benéfico em doentes cuidadosamente selecionados com AVC isquémicos causados por oclusões da artéria cerebral média, com sintomatologia superior a 6 horas. Contrariamente às anteriores *guidelines* de 2013, o tratamento trombolítico intra-arterial com alteplase não se encontra comprovado, desconhecendo-se a dose recomendada e esta não se encontra autorizada pela entidade de controlo farmacológico americana para ser administrada desta forma. Deste modo, a tromboectomia mecânica com colocação de *stent* torna-se prioritária relativamente à trombólise intra-arterial (Powers *et al.*, 2018, p.30).

2.3.2.8. Trombectomia mecânica

Este tratamento deve ser realizado nas 6 horas posteriores ao início sintomatológico, apresentando uma janela terapêutica alargada bem superior à alteplase endovenosa, uma vez que pode alargar-se até 24 horas após o início dos sintomas, segundo determinados critérios. Deve ser igualmente ponderada, mesmo após administração de alteplase endovenosa, nos doentes com AVC isquémico selecionados (Powers *et al.*, 2018, p.28).

Segundo Powers *et al.* (2018, p.27), a trombectomia mecânica com colocação de *stent* está indicada em situações em que se encontrem presentes todos os seguintes critérios iniciais:

¹ Resultado de 0 a 1, segundo a Escala de Rankin Modificada (escala de avaliação funcional);

² Oclusão provocada da artéria carótida interna ou do segmento 1 da artéria cerebral média;

³ Idade igual ou superior a 18 anos;

⁴ Resultado igual ou superior a 6, segundo a NIHSS;

⁵ Resultado igual ou superior a 6, segundo a *Alberta Stroke Program Early Computerized Tomography Score* (escala topográfica quantitativa de TAC, utilizada em doentes com oclusão da artéria cerebral média);

⁶ Início sintomatológico inferior a 6 horas, sendo o tratamento iniciado através da inserção de um cateter na região inguinal.

Tal como acontece na terapia trombolítica endovenosa, também a trombectomia mecânica está intimamente dependente do tempo, estando os tempos de “porta-agulha” mais reduzidos altamente associados a melhores prognósticos (Powers *et al.*, 2018, p.26).

2.3.2.9. Transporte

O transporte do doente crítico com sintomatologia sugestiva de AVC contribui para a existência de um *continuum* de cuidados, podendo ser efetuado de forma intra-hospitalar (de um determinado serviço para outro serviço dentro da mesma instituição) e inter-hospitalar (de um hospital para outro hospital). De forma a garantir a segurança e eficiência das transferências, estas devem encontrar-se protocoladas, e inteiramente disponíveis e aptas, numa iminência de ocorrerem 24 horas por dia (Powers *et al.*, 2018, p.7).

Sempre que o doente se encontre numa unidade de saúde e que necessite de cuidados mais específicos e diferenciados, este deve ser urgentemente transportado para uma outra unidade que detenha capacidade para dar resposta às necessidades que carecem de ser colmatadas. A ativação de transporte aéreo torna-se prioritário se o tempo do transporte terrestre ultrapassar 1 hora e 30 minutos (DGS, 2017, p.5), devendo ser realizados todos os esforços para evitar qualquer tipo de atraso no seu transporte. Só desta forma é possível otimizar as probabilidades de administração da terapêutica específica, levando, conseqüentemente, a uma diminuição da morbidade e da mortalidade associadas ao AVC.

2.3.2.10. Outros fármacos

No que diz respeito aos antiagregantes plaquetários, a administração da aspirina é recomendável em doentes com AVC, cujo início sintomatológico tenha ocorrido entre as 24 a 48 horas anteriores. Se tratados com altaplastase endovenosa, a administração de aspirina deve ser prorrogada até 24 horas após a administração da terapêutica trombolítica, devendo a sua administração ser considerada em situações em que o tratamento não é efetuado com altaplastase endovenosa, com o objetivo de aumento do benefício, avaliando o risco inerente, não podendo ser considerada como tratamento substituto ao tratamento com altaplastase endovenosa ou tromboectomia mecânica na pessoa com AVC isquémico (Powers *et al.*, 2018, p.31).

Nos doentes que apresentem quadros clínicos com contraindicações para a administração de aspirina, o ticagrelor poderá apresentar-se como alternativa. No entanto, o ticagrelor não é recomendado no tratamento agudo de doentes com AVC isquémico *minor* como substituto da aspirina (Powers *et al.*, 2018, p.31).

Em situações de AVC isquémico *minor*, o tratamento com dupla terapia antiplaquetária – aspirina e clopidogrel – pode ser benéfico para prevenção secundária de um novo AVC, quando iniciada após 24 horas e durante 21 dias (Powers *et al.*, 2018, p.31).

Em doentes com AVC isquémico e com fibrilhação auricular presente, deve iniciar-se anti-coagulação oral nos 4 a 14 dias após o início sintomatológico, aquando da inexistência de qualquer risco hemorrágico associado (Powers *et al.*, 2018, p.46).

As estatinas administradas em casos de AVC em suposta origem aterosclerótica, ajudam na prevenção secundária de um novo AVC e no melhoramento dos resultados deste tipo de doentes. Os doentes que já cumpram este tipo de terapêutica no seu domicílio, podem continuar a cumpri-la durante o período agudo do AVC isquémico (Powers *et al.*, 2018, p.47).

A administração de vasodilatadores, como a pentoxifilina, são desaconselhados no tratamento de doentes com AVC isquémico (Powers *et al.*, 2018, p.32).

3. ESTÁGIO FINAL

Como referido anteriormente, o Estágio final foi desenvolvido no período de 18 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018, com a totalidade de 16 semanas. No âmbito da aquisição de competências de Mestre, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, conjuntamente com implementação parcial do projeto individual desenvolvido, existiu a necessidade de desenvolver o Estágio final em dois serviços distintos: na UCI e Intermédios Polivalentes e no SU Médico-Cirúrgica, ambos pertencentes à Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA].

A ULSNA, Entidade Pública Empresarial, criada a 1 de março de 2007, presta cuidados assistenciais de saúde à população aos níveis primário, secundário, reabilitação, continuados integrados e paliativos e tem como objetivo desenvolver atividades de investigação, formação e ensino (ULSNA, 2016).

Constituir uma imagem de excelência no que diz respeito ao atendimento à população, à ligação à comunidade, ao estabelecimento de parcerias, à investigação e ao impacto de atividades desenvolvidas é um dos objetivos primordiais da instituição, assentando nos seguintes valores:

¹ Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;

² Excelência técnica;

³ Acessibilidade e equidade dos cuidados;

⁴ Promoção da qualidade;

⁵ Ética, integridade e transparência;

⁶ Motivação e atuação pró-ativa;

⁷ Melhoria contínua;

⁸Trabalho que equipa e

⁹Respeito pelas normas ambientais.

Possui também como missão “promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos na saúde” (ULSNA, 2016).

O HDJMGP situa-se no Alto Alentejo e está integrado na ULSNA, conjuntamente com o Hospital de Santa Luzia em Elvas e dezasseis Centros de Saúde dispersos pelo distrito de Portalegre: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sor, Portalegre e Sousel.

3.1. Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente

A UCI e Intermédios Polivalente do HDJMGP destina-se a todos os doentes que necessitem de terapia invasiva para manutenção das funções vitais e situa-se atualmente no segundo piso do indicado hospital.

A sua inauguração foi efetuada pelo Doutor Emílio Moreira, em 14 de maio de 1977, disponibilizando 5 camas.

No decorrer do tempo tem sofrido várias alterações a nível estrutural e dinâmico, de forma a ajustar-se e assim conseguir continuar a dar resposta às necessidades gerais da população e, em específico, à pessoa doente.

Atualmente, o serviço dispõe de dois balneários (masculino e feminino), de uma copa, de um gabinete administrativo onde se apresenta um secretário da unidade, um gabinete médico, um gabinete da enfermeira-responsável, uma sala de trabalho de enfermagem, um armazém e duas

salas que são utilizadas de acordo com a abordagem necessária ao doente: a UCI e a unidade de cuidados intermédios. O serviço integra também uma sala com maior nível de diferenciação, preferencialmente destinada a doentes com necessidade de isolamento, no entanto, não se encontra beneficiada de pressão negativa.

A sala de cuidados intensivos tem 5 camas e estão inerentes à sala de isolamento supracitada. Todas as unidades de doentes possuem uma unidade funcional independente, com equipamento de abordagem em casos de situação crítica: monitorização com telemetria e ventilador.

A sala de cuidados intermédios tem igualmente 5 camas, com uma unidade funcional independente, sendo possível ajustar aquando da receção de doentes em situação mais crítica, se necessário, dispondo também de equipamento de monitorização e ventilação.

Uma das unidades do doente está habitualmente afeta a doentes que apresentem necessidade de realizar tratamentos de hemofiltração venovenosa contínua.

Existem ainda dois carros de emergência e dois monitores de técnicas dialíticas, um monitor de ecografia, um doseador de gases de sangue, um ventilador não invasivo, um *pacemaker* provisório de aplicação externa e um ventilador de transporte.

O serviço é integrado, no geral, por um médico responsável pelo Departamento de Urgência e Emergência e um médico Diretor de Serviço, três médicos anestesistas, três médicos intensivistas, um médico nefrologista e um médico pneumologista. É também integrado por uma enfermeira-responsável, vinte e seis enfermeiros em horário por *roulement* e um enfermeiro com horário fixo, perfazendo um número total de vinte e sete enfermeiros na prestação de cuidados direta ao doente. Dispõe igualmente de dez assistentes operacionais e um secretário de unidade.

O método de trabalho de enfermagem adotado é por enfermeiro responsável.

Os registos de enfermagem são efetuados em papel, em folha própria na qual consta a informação relativa ao doente e o histórico das últimas 24 horas e é possível registar diversas informações, organizadas consoante os vários campos que se tornam facilmente observáveis e permite realizar uma rápida avaliação do doente. Todo o processo do doente é formatado em papel exceto o relativo ao programa de prescrição e validação de terapêutica, sendo estes realizados num

programa informático independente designado por “Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento”.

Para o cálculo das dotações seguras, que poderá variar entre 1 enfermeiro para 1 doente até 1 enfermeiro para 3 doentes, dependendo dos cuidados necessários administrar a cada um deles, a UCI dispõe do preenchimento do *Therapeutic Intervention Scoring System – 28* [TISS 28]. Este instrumento de trabalho permite estimar as intervenções necessárias e, conseqüentemente, avaliar a gravidade indireta de cada um dos doentes no serviço. A avaliação é realizada a partir das seguintes sete categorias: ¹atividades básicas, ²suporte ventilatório, ³suporte cardiovascular, ⁴suporte renal, ⁵suporte neurológico, ⁶suporte metabólico e ⁷intervenções específicas e respetivos itens.

O período de visitas está fixado para o intervalo entre as 14 e as 15 horas, encontrando-se restritas a três pessoas para cada doente.

3.2. Serviço de Urgência

O SU do HDJMGP está categorizado como Urgência Médico-Cirúrgica, sendo composto por três partes distintas na prestação de cuidados: a Urgência Geral, que se destina à prestação de cuidados urgentes e/ou emergentes, o Serviço de Observação [SO], que se destina à prestação de cuidados com o intuito de promover e permitir a vigilância e estabilização do estado clínico dos doentes, em regime de internamento e, por fim, a Urgência Pediátrica, que se destina à prestação de cuidados urgentes e/ou emergentes a doentes com idade inferior a 18 anos.

Este serviço localiza-se no piso 2 do hospital, com ligação direta aos serviços da UCI, ao Serviço de Imagiologia e ao Laboratório de Patologia Clínica para onde são encaminhados os doentes dos centros de saúde englobados pela ULSNA e dois Serviços de Urgência Básicos: Ponte de Sor e Hospital de Santa Luzia, de Elvas, tendo incorporado cada uma delas, uma ambulância de Suporte Imediato de Vida.

Sempre que necessário, o SU articula-se com o Hospital Espírito Santo de Évora e com o Hospital São José, de acordo a especialidade necessária.

A Urgência Geral é composta por dois balcões: um azul/verde e outro amarelo/laranja, estando a sala de emergência destinada a doentes emergentes, com pulseira vermelha ou outra cor, sempre que apresente instabilidade hemodinâmica.

O SO tem 18 camas, mas, por vezes, este número é ultrapassado por excesso de doentes com necessidade de internamento, muitas vezes, ficando até internados no corredor do serviço.

Após registo/inscrição no balcão administrativo e efetuada a triagem, o doente é encaminhado para a sala de espera comum, aguardando observação pelo médico de triagem. São encaminhados diretamente para o balcão os doentes urgentes/emergentes, sempre que a cor da respetiva pulseira, atribuída através do Sistema de Triagem de Manchester, seja laranja.

O doente é atendido no setor correspondente à cor da pulseira, podendo a situação clínica exigir a intervenção no diagnóstico de mais do que uma especialidade médica (por exemplo, medicina interna, ortopedia, cirurgia geral, patologia clínica, psiquiatria, anestesiologia, pneumologia, urologia, nefrologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, hematologia, radiologia).

Os doentes com idade inferior a 18 anos são encaminhados para a Urgência Pediátrica, exceto os emergentes, que pela sua situação clínica são atendidos na sala de emergência. Este serviço funciona em espaço próprio, com circuitos específicos de encaminhamento, funcionando diariamente das 8 às 24 horas, sendo assegurado pelo SU Geral no período das 0 às 8 horas.

O serviço é composto no geral por um médico responsável pelo Departamento de Urgência e Emergência, 1 médico Diretor de Serviço, 5 médicos da especialidade de ortopedia, 22 médicos da especialidade de medicina interna e 18 médicos da especialidade de cirurgia geral. Tem igualmente 1 enfermeira-chefe, 5 equipas de enfermagem em horário por *roulement* e 5 enfermeiros com horário fixo, perfazendo o total de 45 enfermeiros. Dispõe igualmente de 26 assistentes operacionais, 2 dos quais integrados no Programa Ocupacional de Emprego e 7 secretários de unidade. No que respeita ao número de enfermeiros especialistas, atualmente, existem 5 enfermeiros com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, 5

enfermeiros com especialidade em Enfermagem Comunitária e 1 enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

Atualmente, encontram-se no serviço 3 mestrandos em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

As equipas de enfermagem são fixas e englobam os assistentes operacionais. Cada equipa tem um enfermeiro coordenador, responsável pela distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais para cada posto em cada turno.

São utilizados diferentes métodos de trabalho no SU. A saber, na Urgência Geral é utilizado o método por posto de trabalho e no SO o método individual.

Todo a informação é registada através da plataforma informática Alert®, onde constam as informações médicas e de enfermagem, assim como as prescrições medicamentosas e procedimentos de enfermagem a realizar. Associadas a esta plataforma, encontram-se outras plataformas informáticas que permitem visualizar os exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizados. A informação que consta em cada processo clínico é simultaneamente comum ao SU e ao SO, podendo ser consultados todos os registos, inclusivamente os registos de episódios urgentes anteriores.

No SO, o período de visitas, há apenas um período de visitas fixado entre 14 e as 15 horas. O doente que permaneça no SU Geral e que esteja em observação tem direito a um acompanhante de forma permanente.

3.3. Atividades Desenvolvidas no Estágio Final na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente

O Estágio que decorreu na UCI e Intermédios Polivalente do HDJMGP, no período de 18 de setembro a 21 de dezembro de 2017, com a duração total de 256 horas de contacto direto, sob

supervisão do Professor Doutor Adriano Pedro, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, surge como resposta ao objetivo geral: desenvolver conhecimentos e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Para o objetivo geral delineado, foram definidos os seguintes objetivos específicos: ¹mobilizar conhecimentos sobre doentes em situação crítica nas suas diferentes dimensões (fisiopatologia, biopsicossocial, espiritual e cultural); ²compreender os processos fisiopatológicos, biológicos e sociais do doente crítico nas circunstâncias proporcionadas e ³prestar cuidados de enfermagem de nível especializado à pessoa e respetiva família, de acordo com cada situação específica, tendo por base cuidados atualizados e de maior evidência.

Para melhoramento do desempenho e desenvolvimento neste processo de aquisição de conhecimentos e competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, foi realizado, sob orientação e supervisão da enfermeira responsável, um projeto de intervenção individual (Apêndice 1), resultante de diversas reflexões e planeamentos de atividades de enfermagem. O desenvolvimento das reflexões e dos planeamentos elaborados ficaram dependentes dos doentes presentes no serviço a quem foram prestados cuidados de enfermagem, uma vez que a UCI e Intermédios Polivalente é um serviço inconstante, onde as necessidades dos doentes são inerente e inevitavelmente variáveis consoante as características dos mesmos.

No decorrer do Estágio realizado na UCI e Intermédios Polivalente, foram prestados cuidados de enfermagem a doentes críticos, sendo estes caracterizados e definidos como os "que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica" (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.9), subdividindo-se, de acordo com as particularidades de cada doente, em cuidados intensivos e cuidados intermédios.

Devido à pluralidade de doentes, necessitando de ventilação e monitorização contínua, dos diversos pensos e sistemas de drenagem pertencentes aos doentes do foro cirúrgico, com diversas patologias graves, nomeadamente cardíacas, respiratórias e nefrológicas, inclusivamente com necessidade de realização de sessões de hemofiltração venovenosa contínua, e face ao leque de profissionais altamente diferenciados e qualificados na estabilização hemodinâmica do doente em

situação crítica e devido aos equipamentos específicos que permitem uma constante observação e vigilância dos padrões vitais do doente de alto risco, foi possível desenvolver práticas e aprofundar conhecimentos na procura da aquisição de competências específicas em enfermagem à pessoa em situação crítica.

3.4. Atividades Desenvolvidas no Estágio no Serviço de Urgência: Projeto Individual

A segunda parte do Estágio final foi realizada no SU do HDJMGP, no período compreendido entre os dias 2 a 26 de janeiro de 2018, com a duração total de 80 horas de contacto direto, também este supervisionado pelo Professor Doutor Adriano Pedro, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este Estágio, que decorreu no local de trabalho onde atualmente exerço funções como enfermeiro desde 1 de maio de 2015, teve uma durabilidade muito inferior ao anteriormente realizado, uma vez que o objetivo principal foi o de proceder à implementação parcial do projeto individual, intitulado de “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”. Atentos os motivos supracitados, não se revelou necessária a elaboração de objetivos para cada competência específica de enfermagem, correspondente ao projeto de intervenção individual.

Este projeto individual foi selecionado e desenvolvido devido essencialmente a três motivos primordiais, o primeiro, por ser uma ¹área de grande interesse profissional, o segundo, pelo resultado de várias ²observações e reflexões pessoais sobre a prática diária e o terceiro, pela ³avaliação direta das manifestas dificuldades demonstradas pelos restantes enfermeiros da equipa no momento da receção de um doente com sintomatologia sugestiva de AVC isquémico, e da dificuldade no respetivo encaminhamento dentro do respetivo SU.

Uma vez que são os enfermeiros os principais agentes que identificam e avaliam a gravidade da situação, através da observação de sinais e dos sintomas no momento da triagem, e são os que

encaminham o doente para ser rapidamente estabilizado, realizando o transporte intra-hospitalar e procedem ainda ao transporte inter-hospitalar, foi delineado e estruturado um plano formativo teórico, tendo como objetivo principal a definição de procedimentos aplicáveis ao doente com sintomatologia sugestiva de AVC no SU Médico-Cirúrgica da ULSNA.

O referido plano formativo teórico teve como objetivos específicos os seguintes:

¹Identificar sintomatologia de AVC aquando do momento da Triagem de Manchester;

²Encaminhar de forma imediata e com atendimento urgente o doente com suspeita de AVC;

³Definir procedimentos de abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de AVC.

Com a elaboração deste plano formativo teórico, dirigido aos enfermeiros do SU Médico-Cirúrgica da ULSNA, pretende-se definir procedimentos a aplicar a doentes com sintomatologia de AVC, tendo como primordial objetivo a diminuição do tempo entre a sua chegada ao SU e o início do adequado tratamento, contribuindo para o aumento dos resultados clínicos no momento da alta e para uma redução da taxa de mortalidade associada a esta problemática.

Este projeto individual enquadra-se nos seguintes enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros [OE], com vista a “explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social” (OE, 2012, p.13):

¹Satisfação do Cliente: perseguindo os elevados níveis de satisfação do doente, minimizando o impacto negativo das mudanças ambientais no doente, forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde;

²Prevenção de Complicações: prevenindo complicações para o doente, intervindo na identificação rápida de problemas potenciais, na prescrição de intervenções de enfermagem face aos problemas potencialmente identificados, no rigor técnico-científico na implementação dessas intervenções, na referenciação de situações problemáticas identificadas para outros profissionais, na supervisão que concretizam as intervenções de enfermagem delegadas pelo enfermeiro e na responsabilização do enfermeiro pelas decisões tomadas, atos que pratica e que delega;

³Organização dos Cuidados de Enfermagem: contribuindo para uma máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, através da existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem, da existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade desse exercício profissional, da satisfação dos enfermeiros face à qualidade do exercício profissional, da existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros e da utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem, promotoras da qualidade.

3.4.1. Planeamento

Este projeto individual foi delineado através de estratégias formativas, tendo por base as necessidades do SU e com vista a colmatar as dificuldades observadas e sentidas pelos enfermeiros. Especificamente, este plano formativo incidiu sobre as funções de enfermagem no momento da triagem (identificação), sobre a definição dos procedimentos a aplicar ao doente para a sua monitorização e respetiva estabilização (abordagem) e sobre as funções de enfermagem no âmbito do processo de orientação urgente (encaminhamento).

Cada objetivo específico do projeto individual tem associado um conjunto de estratégias com vista a fornecer instrumentos de trabalho na abordagem prática ao doente com sintomatologia de AVC, baseados nos artigos selecionados e na mais recente evidência científica para, conseqüentemente, contribuir para o aumento da segurança do doente e dos próprios profissionais de enfermagem.

Analisando o objetivo específico: *Identificar sintomatologia de AVC aquando do momento da Triagem de Manchester*, os enfermeiros são, geralmente, os profissionais que se encontram aptos para a realização da triagem do doente através do Sistema de Triagem de Manchester, utilizando a plataforma informática Alert®.

Revela-se crucial que o enfermeiro, aquando da receção de um doente, se sinta confiante na identificação da sintomatologia de um AVC em evolução.

Aquando da sua chegada à sala de triagem, o enfermeiro consegue confirmar, através de simples testes ao doente e obtendo informações através das pessoas que geralmente o acompanham, se existe ou não alguma alteração do estado de consciência, de forma a concretizar o seu tempo de início.

Porém, muitos dos profissionais em causa desconhecem que aplicam testes que se baseiam em escalas devidamente elaboradas e fidedignas.

Assim, o sugerido aos profissionais de saúde presentes na sala de triagem vai no sentido de procederem à aplicação dos testes que moldam a Escala de Cincinnati sempre que com um doente com sintomatologia sugestiva de AVC se deparem.

A referida escala é uma escala usada de forma rápida e sucinta, de forma a poder identificar a sintomatologia associada a um AVC, apresentando elevada sensibilidade e especificidade para identificar doentes candidatos à terapêutica trombolítica (Kotari, Pancioli, Liu, Brott & Broderick, 1999, p.373). Os testes a realizar assentam em três avaliações. A saber, paralisia facial (desvio da comissura labial), queda de um braço e alteração da fala (Tabela nº 3).




Segundo Kotari *et al.* (1999, p.374), para avaliação da paralisia facial, solicita-se ao doente que mostre os dentes ou sorria. A situação normal é que a pessoa consiga mover os dois lados do rosto de forma simétrica. A irregular corresponderá à desigualdade de movimento entre uma e outra parte do rosto.

Na avaliação da queda do braço, é solicitado ao doente que feche os olhos e estenda os membros superiores de forma reta, em posição supina, durante aproximadamente dez segundos. A situação normal é que a pessoa mobilize os membros de igual forma e a irregular verifica-se quando a pessoa não conseguir mobilizar um dos membros superiores ou apresentar uma alteração motora, evidenciando um desnível relativamente ao outro membro superior (Kotari *et al.*,1999, p.374).

Na avaliação do discurso, o esperado é que o doente comunique através de palavras, não apresentando qualquer dificuldade nessa comunicação, sendo as palavras pronunciadas corretamente. O irregular verifica-se quando o doente pronuncia as palavras com pouca dicção, com fala arrastada ou não consegue comunicar verbalmente (Kotari *et al.*,1999, p.374).

Se uma das avaliações efetuadas apresentar alterações após preenchimento da Escala de Glasgow, a opção “Alteração do Estado de Consciência de novo” fica validada, acionado através do Sistema de Triagem de Manchester a Via Verde AVC, pois neste caso, a probabilidade de AVC é de 72%. A presença de alterações nas três avaliações significa uma probabilidade de AVC superior a 85% (AHA, 2011).

Tabela nº 3 - Escala de Cincinnati

	<p>Queda de um Braço</p> <p>Fechar os olhos e proceder à extensão dos membros superiores de forma reta, em posição supina, durante 10 segundos.</p> <p><u>Normal:</u> Mobiliza os membros superiores de igual forma.</p> <p><u>Anormal:</u> Não consegue mobilizar um dos membros superiores ou apresenta um desnível comparativamente ao outro membro.</p>
	<p>Paralisia Facial</p> <p>Mostrar os dentes ou sorrir.</p> <p><u>Normal:</u> Consegue mover os dois lados do rosto de forma simétrica.</p> <p><u>Anormal:</u> Uma parte do rosto não se move de igual forma relativamente à outra parte.</p>
	<p>Alteração da Fala</p> <p>Dizer, por exemplo, a sua morada.</p> <p><u>Normal:</u> Comunica através de palavras, não apresentando qualquer dificuldade em comunicar e as palavras são corretamente pronunciadas.</p> <p><u>Anormal:</u> Pronúncia de palavras com pouca dicção, fala arrastada ou falta de capacidade em comunicar verbalmente.</p>

Fonte: Adaptada de Kotari *et al.* (1999)

Fonte das imagens: <https://www.acls.net/acls-suspected-stroke-algorithm.htm>

No que concerne ao objetivo específico *Encaminhar de forma imediata e com atendimento urgente o doente com suspeita de AVC*, o encaminhamento urgente e correto do doente com sintomatologia de AVC deve estar devida e previamente traçado, contribuindo para a inexistência de entropias e atrasos desnecessários até ao início da administração de terapêutica fibrinolítica.

Para atingir uma completa remissão da sintomatologia neurológica, a terapêutica fibrinolítica deve ser iniciada o mais precocemente possível. Conforme anteriormente referido, doentes com evidente indicação para a administração de terapêutica trombolítica endovenosa, o tempo de “porta-agulha” é de 3 horas, podendo ocorrer o alargamento do período-janela de 3 horas até 4,5 horas após o início dos sintomas.

A situação clínica do doente com AVC e a inexistência de procedimentos previamente definidos a nível intra-hospitalar são os principais fatores que contribuem para os atrasos no atendimento ao doente, aumentando o tempo entre a sua chegada ao serviço até ao tratamento efetivo, o que resulta em consequências mais gravosas nos doentes com AVC isquémico, nomeadamente, num aumento das probabilidades de mortalidade intra-hospitalar, hemorragia intracraniana sintomática e menor probabilidade de deambulação de forma independente, no momento da alta clínica (Kamal *et al*, 2017, p.1).

Para evitar essas consequências, revela-se necessário criar novos fluxos de trabalho, contribuindo para a diminuição dos tempos de transferência, reduzindo os tempos de permanência nos serviços de urgência previamente ao tratamento e, desta forma, proporcionar um tratamento atempado ao doente com AVC isquémico (Zhou *et al.*, 2017, p.1219)

Para instalação destes novos fluxos de trabalho que apresentam excelentes resultados em todos os doentes, independentemente da idade e revelam diminuir o tempo desde o momento da sua chegada ao serviço até ao tratamento efetivo (Advani, Naess & Kurz, 2017, p.4), existe a necessidade de definir quais serão esses determinados fluxos de trabalho e aumentar a formação dos profissionais, levando a uma redução de 10 minutos até ao tratamento final num doente com AVC isquémico, contribuindo para aumentar aproximadamente 30% a sua independência no final de 3 meses (Candelaresi, *et al.*, 2017, sem página).

Como já referido, a observação da imagem cerebral e a sua interpretação são fundamentais para identificar o tamanho, localização e distribuição da isquémia cerebral, a presença de hemorragia, a respetiva gravidade e se existe uma oclusão das artérias de grande calibre, informações que determinam as decisões de tratamento imediato e as de longo prazo. Assim, a tomografia axial computadorizada sem contraste é o exame complementar de diagnóstico e terapêutica suficiente para a identificação de contraindicações da trombólise, permitindo a administração atempada de terapêutica trombolítica endovenosa a doentes com AVC isquémico (Powers *et al.*, 2018, p.13).

Tornou-se, assim, necessário uniformizar o encaminhamento do doente com sintomatologia de AVC no SU Médico-Cirúrgica da ULSNA (Figura nº4).

Após autorização da chefia de enfermagem, foi estruturado no presente serviço um caminho pelo qual o doente deverá seguir, devidamente apoiado pela equipa de enfermagem, com vista à redução do tempo de “porta-agulha”.

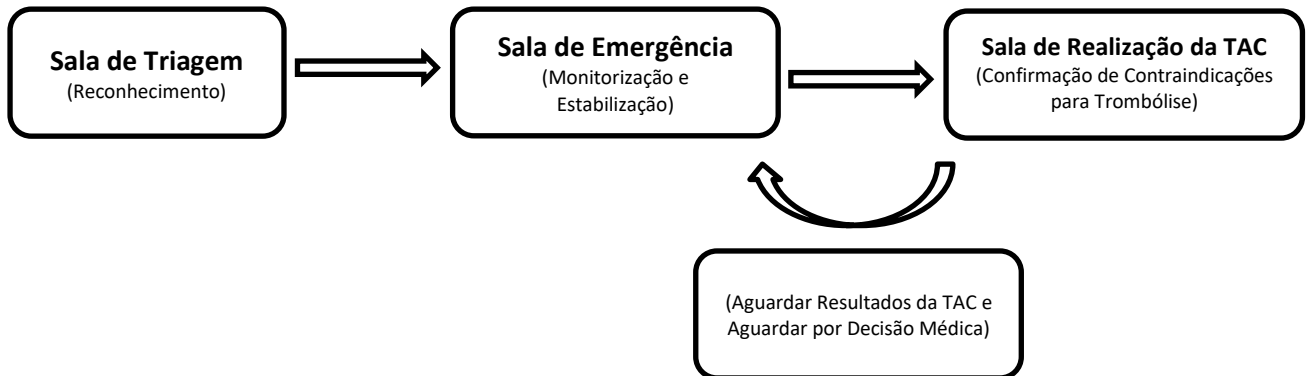
Depois do rápido reconhecimento da sintomatologia sugestiva de AVC no momento da triagem, o enfermeiro responsável por aquele posto no momento, deverá acompanhar o doente até à sala de emergência para respetiva estabilização e monitorização.

Aí, terá o apoio da especialidade de medicina interna que, após a sua estabilização, procederá à eventual prescrição da TAC.

Devidamente monitorizado e estabilizado, o doente deverá ser acompanhado pelo enfermeiro responsável pela sala de emergência à sala de realização da TAC. Após realização do referido exame, regressará à sala de emergência onde deverá permanecer até ser obtido o seu resultado, aguardando informações específicas sobre se pode ou não proceder à realização de trombólise.

Sempre que tal seja indicado, o doente deve ser encaminhado para uma unidade de AVC especializada onde se realize trombólise endovenosa, conforme indicação médica, mantendo uma constante monitorização dos sinais vitais e respetivo estado de consciência.

Figura nº 4 - Estruturação do encaminhamento do doente crítico com sintomatologia sugestiva de AVC no SU Médico-Cirúrgica da ULSNA



No que toca ao objetivo específico *Definir procedimentos de abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de AVC*, na receção de um doente com sintomatologia sugestiva de AVC, os objetivos prioritários consubstanciam-se numa rápida avaliação, uma estabilização imediata, numa realização de avaliação neurológica e transporte do doente, num curto espaço de tempo, para um hospital que dê resposta às necessidades (Jauch *et al.*, 2013, p.874).

De forma a serem prestados cuidados de acordo com a melhor evidência científica, os enfermeiros do SU Médico-Cirúrgica da ULSNA serão devidamente esclarecidos sobre a abordagem ao doente com sintomatologia de AVC de acordo com as últimas *guidelines* para a abordagem precoce no doente com AVC isquémico, datadas de 2018 (Tabela nº 4).

Tabela nº 4 - Abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de AVC segundo as *guidelines* de 2018

A – Permeabilização da Via Aérea	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Permeabilizar via aérea e se comprometida, garantir assistência ventilatória.
B – Ventilação e Oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Manter SpO2 maior [$>$] 94%.
C – Assegurar a Circulação com Controlo de Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Proceder à monitorização cardíaca, pelo menos nas primeiras 24 horas; ◦ Realizar a avaliação do ECG e das troponinas de alta sensibilidade, não atrasando a administração da alteplase endovenosa; ◦ <u>Se hipertensão:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Manter hipertensão relativa nas primeiras 24 horas, exceto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se hipertensão associada a enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca descompensada, disseção aórtica ou pré-eclampsia/eclampsia; ▪ Se TA $>$ 220/120mmHg, podendo reduzir-se seguramente em 15% nas primeiras 24 horas após o início sintomatológico; ◦ Manter TA menor [$<$] 185/110mmHg, reduzindo cuidadosamente; ◦ Manter TA $<$ 180/105mmHg nas primeiras 24 horas após tratamento trombolítico.
D – Disfunção neurológica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Avaliar neurologicamente segundo a NIHSS; ◦ Avaliar glicémia capilar: <ul style="list-style-type: none"> - Manter valores de glicémia capilar entre 140 a 180mg/dl; ◦ As crises convulsivas devem ser tratadas à semelhança daquelas que ocorrem nouro tipo de contexto. O uso profilático de fármacos anticonvulsivantes não está recomendado.
E – Exposição com Controlo de Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>Se hipertermia (temperatura corporal $>$ 38°C):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os motivos da hipertermia; - Administrar antipiréticos a baixas temperaturas nos doentes com AVC e com hipertermia, se prescrito.
Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Realizar TAC sem contraste: <ul style="list-style-type: none"> - Até 20 minutos após a sua entrada no SU; ◦ Realizar raio-x se suspeita de doença vascular pulmonar, cardíaca ou pulmonar aguda; ◦ Realizar colheita de sangue para análise se suspeita de coagulopatia.
Fibrinólise Trombectomia Mecânica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Administrar terapêutica trombolítica endovenosa o mais precocemente possível e até 3 – 4,5 horas após o início sintomatológico: <ul style="list-style-type: none"> - 0,9 mg/kg – 10% administrados em bólus e restante dosagem em 60 minutos; ◦ Realizar trombectomia mecânica com colocação de <i>stent</i> até 6 horas após o início sintomatológico, podendo alargar-se até 24 horas.
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Transportar o doente para uma unidade onde se realize a administração de alteplase endovenosa;

	<ul style="list-style-type: none">- Transporte aéreo prioritário se tempo de transporte terrestre > 1,5 horas (DGS, 2017, p.5);◦ Realizar todos os esforços de forma a evitar qualquer tipo de atraso.
Outros Fármacos	<ul style="list-style-type: none">◦ <u>Administração de antiagregantes plaquetários:</u><ul style="list-style-type: none">- Aspirina<ul style="list-style-type: none">▪ Administrar 24 a 48 horas após o início sintomatológico;▪ Se tratados com altaplastase endovenosa, a sua administração deve ser prorrogada até 24 hora após a administração da terapêutica trombolítica;▪ Não é adequada como tratamento substituto ao tratamento com altaplastase endovenosa;- Ticagrelor<ul style="list-style-type: none">▪ Funciona como alternativa em doentes com contraindicações à administração de aspirina;▪ Não é adequado como tratamento substituto ao tratamento com altaplastase endovenosa;◦ O tratamento com dupla terapia antiplaquetária (aspirina e clopidogrel) pode ser benéfica para prevenção secundária de novo AVC quando iniciada após 24 horas e durante 21 dias.◦ <u>Administração de anticoagulantes orais:</u><ul style="list-style-type: none">- Se fibrilhação auricular presente, deve iniciar-se anticoagulação oral 4 a 14 dias após o início sintomatológico (se risco hemorrágico não associado);◦ <u>Administração de estatinas:</u><ul style="list-style-type: none">- Devem ser continuamente administradas durante o período agudo se o doente já realizar este tipo de tratamento no domicílio.

3.4.2. Procedimentos

De forma a dar início à elaboração do projeto individual avançou-se previamente ao agendamento de uma reunião com a enfermeira-chefe do SU, procurando encontrar estratégias que minimizem ou colmatem as dificuldades já acima descritas. No final da reunião, houve necessidade de reagendar uma outra, desta vez com os enfermeiros responsáveis pela formação do referido serviço, viabilizando, desta forma, obter orientação e validação para realização de um processo individual, assente em pressupostos de formação à equipa de enfermagem.

No processo de pesquisa, revelou-se manifesta a necessidade de atualização de conhecimentos de acordo com a mais recente evidência científica. Para tanto, foram pesquisadas as *guidelines* propostas pela AHA, datadas de 2013, com o título de *Guidelines* para a Abordagem Precoce no Doente com AVC Isquémico.

Estas recomendações foram concebidas para os profissionais de saúde envolvidos na identificação, avaliação, transporte e orientação de doentes emergentes com AVC isquémico em fase aguda, incluindo os profissionais da equipa pré-hospitalar, médicos e enfermeiros dos serviços de urgência, profissionais de saúde que lidam com este tipo de doentes após a fase aguda, inclusivamente, assistentes operacionais e administradores hospitalares, tendo por base, independentemente da estruturação de cada hospital e serviço, os princípios do sistema que devem permanecer constantes: a preparação, integração e destaque na pontualidade (Jauch *et al.*, 2013, p.871).

Para corroborar com as *guidelines* estabelecidas pela AHA na atuação do doente com AVC isquémico agudo e de forma a compreender o conteúdo dessas *guidelines* que podem ser aplicadas na realidade do Sistema Nacional de Saúde, foi fundamental pesquisar as Normas orientadoras da prática clínica, nomeadamente, a Norma número 015/2017, intitulada “Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto”, datada de 13 de julho de 2017.

De forma a justificar a implantação do projeto individual e para elaborar uma abordagem profunda sobre a problemática da recuperação do doente com sintomatologia sugestiva de AVC isquémico e o respetivo tempo de atendimento, foi preconizada uma sistematização do conhecimento, com base no objetivo de estudo. A problemática seguiu a metodologia **PICO** - **P**articipantes – Doentes com AVC isquémico; **I**ntervenção – Tempo de atendimento; **C**omparação – comparação entre os diversos estudos; **O**utcomes – Recuperação do doente; formulando-se, desde logo, a seguinte pergunta: *Qual a influência do tempo no atendimento do doente com AVC isquémico na sua recuperação?*

Para dar resposta à pergunta **PICO** e de forma a fundamentar os objetivos inicialmente propostos, a revisão integrativa da literatura foi realizada através da pesquisa de publicações científicas existentes em todas as bases de dados do motor de busca ‘EBSCOhost’.

Foram definidos quatro conceitos-chave específicos, aferidos nos Descritores em Ciências da Saúde [DeSC]: “stroke”, “door to treatment time” e “outcomes”, todos acompanhados pelo operador booleano *AND*.

A pesquisa efetuada através da palavra ‘stroke’ deu origem a 501,824 artigos. Colocando a palavra ‘door to treatment time’, acompanhada pelo operador booleano *AND*, obteve-se 98 artigos. Dado o elevado número de artigos, adicionou-se o descritor ‘outcomes’, resultando assim um número inferior - 66 artigos. Após seleção dos artigos publicados no intervalo temporal compreendido entre 2015 e 2017 e dos que dispunham de acesso ao texto integral (*full text*), o número total de artigos disponíveis correspondeu a 15. Optou-se por realizar uma leitura do *abstract*, tendo sido desde logo excluídos 6 artigos por não se encontrarem relacionados com a temática pretendida e outros dois por não estarem disponíveis. Deste modo, a pesquisa realizada foi concluída com base em 7 artigos. De forma demonstrativa, seguem as figuras nº 5 e 6 onde se resumem todas as etapas percorridas até obtenção dos artigos finais, bem como os critérios de inclusão e exclusão utilizados no decorrer da pesquisa. A análise dos resultados da respetiva revisão integrativa, onde contendo as conclusões de cada artigo incluído na pesquisa realizada, apresenta-se no Apêndice 2.

Segundo o Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: A Pesquisa Baseada em Evidências (2014, p.8), a evidência científica forma-se “pelo conjunto de informações utilizadas para confirmar ou negar uma teoria ou hipótese científica”, decorrendo das pesquisas científicas. Para demonstrar a evidência científica dos artigos selecionados, foi utilizada a tabela de Stillwell, Overholt, Melnyk & Williamson (2010) (Tabela nº 5).

Figura nº 5 – Resumo da pesquisa da metodologia PICO

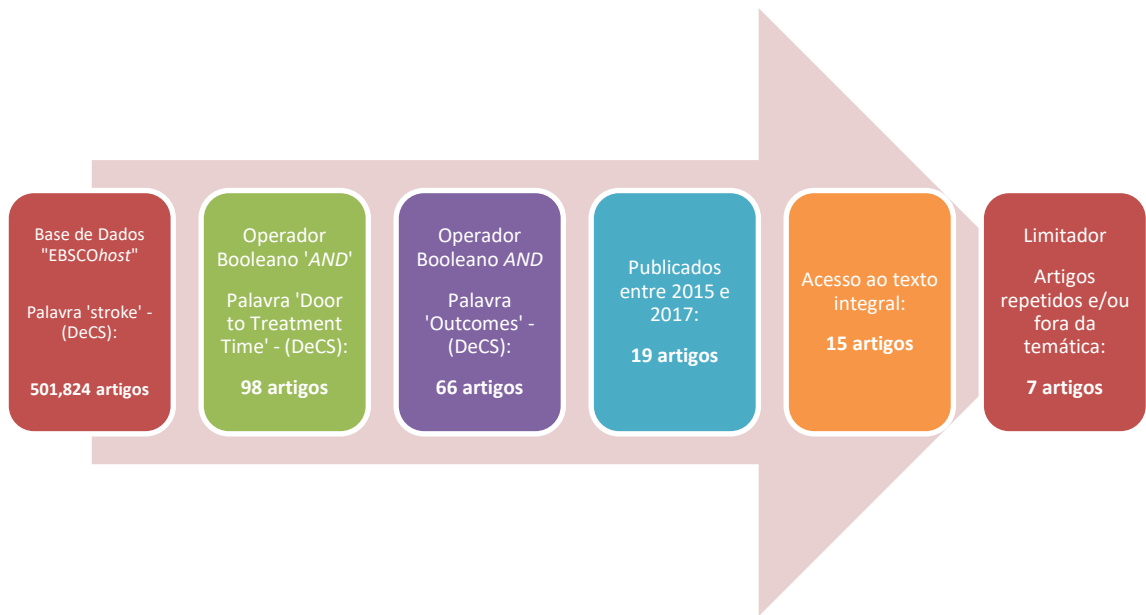


Figura nº 6 – Critérios de inclusão e de exclusão da metodologia PICO

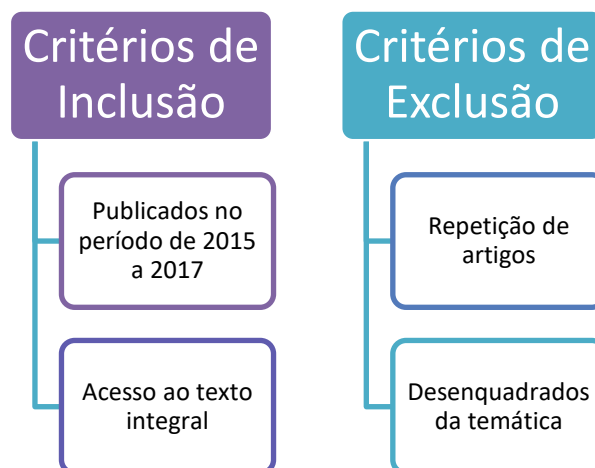


Tabela nº 5 - Tabela de produções científicas: níveis de evidência

Artigos	Tipos de Evidência	Nível de Evidência
Artigo 1	Estudo Controlado com Randomização	Nível III
Artigo 2	Estudo Controlado com Randomização	Nível III
Artigo 3	Estudo Controlado com Randomização	Nível III
Artigo 4	Estudo Controlado com Randomização	Nível III
Artigo 5	Estudo Controlado com Randomização	Nível III
Artigo 6	Estudo Controlado com Randomização	Nível III
Artigo 7	Meta-análise	Nível I

Fonte: Stillwell *et al.*, (2010), p.43

Os autores do artigo número 1 realizaram um estudo para descrever e associar as razões dos atrasos para realização de trombólise endovenosa aos resultados do doente. Para tanto, foram analisados 55296 doentes que foram submetidos a trombólise endovenosa em 1422 hospitais canadenses integrados no programa *Get With the Guidelines-Stroke*, tendo sido excluídos deste âmbito os doentes transferidos e os doentes internados com AVC. Foram igualmente avaliados os motivos de elegibilidade, os motivos médicos e os motivos hospitalares para justificar o aumento do tempo “porta-agulha”.

Os atrasos dos tempos “porta-agulha” foram originados por diagnósticos tardios, situações de hipoglicemia ou crises convulsivas. Estes atrasos foram também associados a maiores probabilidades de mortalidade intra-hospitalar, hemorragia intracraniana e menor probabilidade de deambulação de forma independente no momento da alta clínica.

De forma conclusiva, os atrasos hospitalares e de elegibilidade, nomeadamente o atraso no diagnóstico e incapacidade de determinar a elegibilidade, foram associados a maiores tempos de “porta-agulha”. Conclusivo também é que este tempo de “porta-agulha” pode ser reduzido através da melhoria do reconhecimento do AVC e da gestão de comorbilidades agudas a ele associadas.

Os autores do artigo número 2 pretenderam avaliar a aplicabilidade da segurança e benefício da administração de trombólise em idosos (com idade superior a 80 anos) e nos atrasos na realização de procedimentos pré e intra-hospitalares, de acordo com a rede *Telestroke*, na Alemanha.

Foram, assim, elegidos e analisados os dados de 542 doentes de um universo de 1659 com AVC registados na rede *Telestroke*, nomeadamente com hemorragia intracraniana, sobrevivência na alta clínica e os resultados dos doentes.

Dos 542 doentes analisados, 33% tinham mais de 80 anos. Por terem uma idade superior a 80 anos foi a este fator associado um elevado risco de hemorragia intracraniana, levando a resultados mais desfavoráveis e a um aumento da mortalidade. Os tempos “porta-agulha” mais reduzidos foram associados a resultados mais favoráveis e a um decréscimo do risco de hemorragia intracraniana, em doentes com idade inferior a 80 anos. Respeitante ao diferencial de tempo de chegada ao hospital, tempo de chegada ao tratamento e no tempo de início do tratamento adequado, a idade não interferiu significativamente.

Em suma, o tempo do início de um tratamento no AVC isquémico agudo parece ser mais crítico para um aumento dos resultados em doentes com idade superior a 80 anos.

Os autores do artigo número 3 procuraram perceber se as intervenções adotadas no Serviço de Urgência do Hospital San Carlo Borromeo – Itália, em particular o novo *Stroke Code*, reduziram significativamente os tempos de “porta-agulha” nos doentes com AVC isquémico tratados com trombólise endovenosa.

Para tal, foram analisadas as intervenções adotadas (¹formação contínua dos respetivos profissionais, ²reconsideração dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica solicitados e a ³ativação de um novo fluxo de trabalho, iniciado aquando da chegada de um potencial candidato a trombólise endovenosa), tendo sido obtidos resultados positivos no que diz respeito à formação contínua dos profissionais, conseguindo-se reduzir em 10 minutos o tempo de “porta-agulha”. Além disso, o pedido de análises da razão normalizada internacional, glucose e plaquetas, resultados que foram comunicados telefonicamente, levou a uma diminuição em termos gerais de 17 minutos.

A aprovação do fluxo de trabalho, intitulado *Stroke Code*, está associado a uma redução substancialmente significativa dos tempos médios de “porta-agulha”, comparativamente aos tempos obtidos anteriormente.

Em síntese, a adoção das diversas mudanças tornou-se importante para a redução dos tempos de “porta-agulha”, tendo sido tratados 38% dos doentes em 30 minutos após a sua chegada ao hospital e 80% dos doentes após 60 minutos.

Os autores do artigo número 4 decidiram avaliar o impacto dos tempos de “porta-agulha” mais reduzidos na duração do internamento hospitalar, nas complicações hemorrágicas, no estado de mobilidade e no diagnóstico da alta.

Assim, foram analisados os dados de 3154 doentes com AVC isquémico, tratados com trombólise endovenosa, na Geórgia. Após verificação, constatou-se que os doentes submetidos ao tratamento com trombólise endovenosa após 30 minutos da sua entrada na unidade hospitalar apresentavam resultados em 95% superiores no tempo de internamento do que os tratados 120 minutos após a sua chegada.

Os doentes cujo tratamento se iniciava em 60 minutos após a sua chegada à unidade hospitalar, apresentavam 27% de mais probabilidade em serem independentes na mobilização do que os tratados após os 60 minutos da sua chegada, sendo, no entanto, a probabilidade de complicações hemorrágicas semelhante nas diferentes realidades.

Conclui-se que, as unidades hospitalares que participaram no registo de acidentes vasculares cerebrais para uma melhoria da qualidade, conseguiram reduzir os seus tempos de “porta-agulha”, levando a uma redução da mortalidade, a um diagnóstico na alta clínica mais favorável e uma melhor mobilidade no momento da alta clínica. Deste modo, as unidades hospitalares devem ser motivadas e encorajadas a monitorizar os seus tempos de “porta-agulha” como medida de avaliação da qualidade no tratamento do AVC isquémico.

No artigo número 5, os autores pretenderam avaliar se a circunstância de diminuição do tempo “porta-agulha” estaria associada ao aumento do número de doentes tratados num período inferior a 60 minutos, avaliando os respetivos resultados clínicos e constatando se um tratamento mais atempado está correlacionado com um aumento favorável dos resultados clínicos desses doentes.

A avaliação teve como base a análise do número de tratamentos anuais efetuados durante a *Golden Hour* no Hospital Universitário de Stavange – Noruega, conjuntamente com os respetivos resultados clínicos.

Através do acesso a uma base de dados foi possível calcular as variáveis pretendidas: ¹tempo de “porta-agulha”, o ²tempo de início da administração de trombólise endovenosa e o ³score da NIHSS no momento da admissão e no momento da alta clínica, dotando-se, o número total de doentes tratados na *Golden Hour* (inferior a 60 minutos).

Assim, foram totalizados 613 doentes, 73 dos quais tratados na *Golden Hour*, constatando-se que os tratados na *Golden Hour* apresentavam um NIHSS médio igual a 0 no momento da alta clínica, independentemente da idade e das comorbilidades pré-existentes. Confirma-se que, neste grupo, não existiu qualquer incidência de hemorragia intracraniana e que a mortalidade intra-hospitalar foi, apenas, de 2,7%.

Em suma, o tratamento dentro da *Golden Hour* apresenta excelentes resultados em todo o tipo de doentes, independentemente da idade e das comorbilidades pré-existentes.

No artigo número 6, os autores propuseram-se a examinar se o acesso direto a centros hospitalares que administram trombólise endovenosa está associado a melhores resultados funcionais nos doentes com AVC isquémicos, tratados com trombólise endovenosa.

Este estudo assentou na análise dos elementos constantes de uma base de dados, onde se verificou existirem doentes submetidos a trombólise endovenosa dentro de 4,5 horas após o início sintomatológico (820 doentes), os resultados clínicos dos doentes encaminhados diretamente para unidades de AVC organizadas comparativamente com os que tinham sido transferidos para centros hospitalares onde não foi realizada trombólise endovenosa 90 dias após o tratamento e também, o tempo de chegada à unidade de AVC organizada e o tempo de início do tratamento adequado.

Dos 10501 doentes registados com AVC isquémico na base de dados *Clinical Research Center for Stroke-5*, 994 doentes receberam trombólise endovenosa em 12 hospitais. Dos 820 doentes selecionados, 56,5% (correspondente a 463 doentes) apresentaram resultados favoráveis numa avaliação posterior aos 3 meses após o início sintomatológico. Comparativamente ao grupo de doentes admitidos diretamente numa unidade de AVC organizada, aqueles que apresentaram uma

admissão indireta obtiveram resultados mais baixos, de acordo com o *score* da Escala de Rankin Modificada.

Neste estudo Sul Coreano concluiu-se que a admissão direta em unidades de AVC organizadas, que tratem doentes com trombólise endovenosa de forma atempada, está associada a melhores e mais significativos resultados dos doentes.

Por último, os autores do artigo número 7 decidiram avaliar a eficácia de um novo fluxo de trabalho em enfermagem aos doentes com AVC isquémico agudo, instalado com o intuito de reduzir os atrasos na administração de trombólise endovenosa.

A informação foi recolhida através das seguintes variáveis: ¹administração e não administração, de trombólise, ²tempo de espera até realização de TAC e ³tempo de “porta-agulha”, tendo-se concluído que o referido fluxo de trabalho em enfermagem reduziu significativamente os atrasos da administração de trombólise endovenosa em doentes com AVC isquémico, no SU. É igualmente recomendada, formação em serviço para todos os profissionais de saúde, inclusivamente os de outros centros hospitalares, de modo a beneficiar desta nova e ampla abordagem.

Em sequência, estruturou-se a implementação um plano formativo, dirigido aos enfermeiros do SU Médico-Cirúrgica da USLNA, com o propósito de definir procedimentos de abordagem aos doentes com sintomatologia de AVC, tendo como primordial objetivo a diminuição do tempo entre a sua chegada ao SU e o início do adequado tratamento. Este plano formativo incidiu de forma especificada sobre as funções de enfermagem no momento da triagem, sobre a definição dos procedimentos a aplicar ao doente para a sua monitorização e respetiva estabilização e sobre as funções de enfermagem no âmbito de processo de encaminhamento urgente, conforme anteriormente descrito.

Devido às características da equipa de enfermagem, nomeadamente ao facto de ser formada por 46 enfermeiros e pela maior parte desta se encontrar em horário *roulement*, foi colocada na sala de enfermagem um documento com três datas possíveis para realização das sessões com intuito informativo e para cada um dos enfermeiros colocar o seu nome e a data que será possível comparecer à sessão, de acordo com a sua disponibilidade (Apêndice 3).

As sessões formativas decorreram nos dias 29, 30 e 31 de janeiro de 2018, pelas 14 horas (Apêndice 4). É também àquela hora que decorrem as visitas dos familiares aos doentes e que a equipa se encontra, habitualmente, com mais disponibilidade para a formação.

Por questões que se prenderam com morosidade das autorizações institucionais, as sessões realizaram-se em datas posteriores das inicialmente programadas. Para cada sessão formativa, foi realizado um plano da sessão (Apêndice 5), idêntico para todas as sessões, alterando-se apenas a data de realização, cujo objetivo principal se centrou em reconhecer a importância da definição de procedimentos ao doente com sintomatologia sugestiva de AVC no SU Médico-Cirúrgica da ULSNA e teve como objetivos específicos:

¹Apresentar instrumentos facilitadores na identificação de sintomatologia de AVC aquando do momento da Triagem de Manchester;

²Elucidar sobre o encaminhamento imediato e urgente do doente com suspeita de AVC;

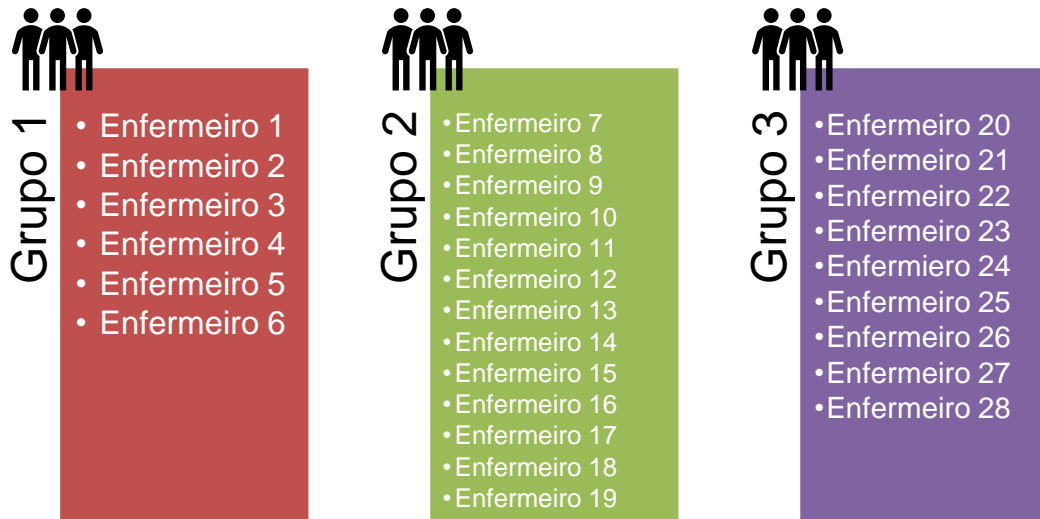
³Explicar os procedimentos da abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de AVC.

No final de cada sessão formativa foi solicitado aos enfermeiros a realização da avaliação da mesma, mediante resposta a um questionário no qual se avaliavam os seguintes parâmetros: ¹desenvolvimento da sessão de formação, ²intervenção dos formadores e a ³organização da formação (Apêndice 6). Estes questionários assumiram características de anonimato pois não apresentavam qualquer informação que levasse à identificação objetiva do enfermeiro formando.

Verificou-se um grande interesse e uma relativa comparência por parte da equipa de enfermagem às sessões formativas, uma vez que a temática era relevante para o desenvolvimento da prática diária e permitiu igualmente identificar a dificuldade do encaminhamento urgente do doente com AVC no SU durante a sua prática profissional.

Na primeira sessão, estiveram presentes 6 enfermeiros, na segunda, 13 enfermeiros e na terceira 9 enfermeiros, perfazendo o total 28 enfermeiros os que receberam formação (Figura 8). Tendo a equipa de enfermagem do SU Médico-Cirúrgica da ULSNA 46 profissionais, duas das quais em período de gozo de licença de maternidade, constata-se que 60,8% dos enfermeiros da equipa receberam formação.

Figura nº 7 – Planificação e distribuição dos grupos de formação



No que diz respeito à avaliação das sessões formativas, do ponto de vista dos enfermeiros participantes, esta foi avaliada como substancialmente positiva. A maioria dos enfermeiros considera que as sessões decorreram sem quaisquer intercorrências, motivando-os na melhoria dos cuidados durante a sua prática clínica.

Por outro lado, e no que toca ao desempenho dos enfermeiros formadores, consideram os enfermeiros participantes ter sido a pedagogia bastante adequada, tendo a linguagem e os métodos de formação utilizados, ido ao encontro das suas expectativas. No decorrer das sessões foi inclusivamente sentido por cada um dos enfermeiros formandos uma crescente motivação na aprendizagem das novas abordagens consideradas como muito importantes para executar no dia-a-dia.

Também a organização das sessões obteve um parecer bastante positivo.

Subsistem, porém, alguns pontos que carecem de reavaliação e ajuste de forma a contribuir para uma maximização das próximas sessões formativas a realizar. A avaliação das sessões encontra-se detalhadamente descrita no apêndice 7.

Este projeto individual, de origem académica, revelou-se ser um projeto suscetível de ser perfeitamente implementado no serviço para o qual foi pensado. Apesar de terem sido realizadas todas as sessões formativas, com boa adesão por partes dos enfermeiros que desempenham funções no SU, e terem sido ainda concretizadas as avaliações das sessões com ótimo *feedback*, cumpre ainda atingir o objetivo de levar esta formação aos restantes 39,2% dos enfermeiros que não conseguiram assistir às três sessões realizadas.

Mesmo desempenhando funções no respetivo serviço, o parco número de turnos realizados no âmbito do Estágio, associado ao facto do moroso processo de obtenção do parecer positivo por parte da administração, revelaram-se obstáculos à conclusão com pleno êxito de todo projeto, podendo assim afirmar-se que este é um projeto parcialmente implementado.

3.4.3. Avaliação do projeto individual

No que concerne à avaliação do projeto individual, parece adequado dever ser realizada após completa implementação no já referido serviço.

Num cenário ideal e isento de constrangimentos decorridos que se encontrem 6 a 12 meses, deverá realizar-se uma profunda análise de forma a poder concluir de que forma é que a implementação parcial do projeto individual contribuiu, influenciou e transformou a qualidade e o conhecimento do enfermeiro do SU Médico-Cirúrgica da ULSNA na intervenção ao doente com AVC e, conseqüentemente, contribuiu para o aumento da qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Pretende-se, assim, realizar observações informais das práticas dos respetivos enfermeiros, agendando-se para determinado turno semanal, por exemplo, todas as manhãs de terças-feiras. As pretendidas observações têm como objetivo confirmar se a abordagem realizada ao doente com

AVC se rege pelos instrumentos fornecidos no momento da triagem (Escala de Cincinnati) e pelas *guidelines* aconselhadas, de acordo com as informações facultadas nas sessões formativas.

Concomitantemente, será solicitado ao serviço informático, a relação dos registos informatizados na plataforma Alert® de todos os doentes diagnosticados com AVC isquémico, podendo ser confirmado o encaminhamento do doente, percebendo se o mesmo se realiza conforme as instruções fornecidas nas sessões formativas numa perspetiva temporal. Desta forma, tornar-se-á possível monitorizar o projeto individual implementado e colmatar eventuais dificuldades que se mantenham na abordagem ao doente com sintomatologia de AVC.

Por último, coincidentemente com a realização das sessões formativas, surgiram as novas e atuais *guidelines*, propostas igualmente pela AHA para a abordagem ao doente com AVC isquémico agudo, datadas do corrente ano, levantando outras questões para poder continuar este projeto formativo mesmo sem limites temporais e num contexto profissional, mantendo e incentivando o conhecimento atual de acordo com as evidências científicas. Pretende-se assim, realizar mais sessões formativas no SU Médico-Cirúrgica da ULSNA com o intuito não só de atualizar os conteúdos das anteriores sessões formativas, abranger os restantes dos enfermeiros (39,2%) que não receberam formação como também, apresentar ao conselho de administração da ULSNA e após obtidas as devidas autorizações, transformar este projeto individual numa norma interna de serviço, traduzindo-se numa contribuição de melhoria da qualidade e eficiência dos serviços clínicos a prestar.

4. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Ao longo de todo este percurso académico e pessoal, importa realçar todas as competências adquiridas no decorrer desta aprendizagem, nomeadamente, as competências de Mestre, as competências comuns de Enfermeiro Especialista e as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Assim, o atual mestrado em enfermagem rege-se de forma a que o estudante consiga alcançar as seguintes competências de Mestre:

¹Demonstrar as competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

²Iniciar, contribuir, desenvolver e disseminar uma investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

³Ter capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

⁴Realizar um desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

⁵Participar de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais;

⁶Realizar análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

⁷Evidenciar competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, na sua área de especialidade.

Seguidamente, serão abordadas as diversas competências obtidas e inerentes ao curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo cada uma delas devidamente fundamentada e, sempre que necessário, complementada e assentando nas pesquisas científicas.

Uma vez que as várias competências podem ser agrupadas tendo em conta o seu âmbito, as diversas competências de Mestre, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica que posteriormente serão apresentadas, são fundamentadas de acordo com o seu domínio.

4.1. Competências de Mestre e Comuns do Enfermeiro Especialista

Competência de Mestre – Número 3

3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Competências de Enfermeiro Especialista – A1 e A2

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

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

Nas primeiras semanas de Estágio, além dos conhecimentos consolidados nas aulas de ética, inerentes à disciplina Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem do atual mestrado, pude reler

e refletir sobre o Código Deontológico dos Enfermeiros de 2015 (OE, 2015) com primordial atenção, os artigos que dizem respeito aos Princípios Gerais da profissão de enfermagem, assim como os Deveres Deontológicos em Geral, os Valores Humanos e os Direitos à Vida e à Qualidade de Vida.

Diariamente somos confrontados com dilemas perante os quais é exigida a tomada de uma decisão regida pela ética profissional, não podendo nunca formar uma decisão influenciada por motivos pessoais. O processo de decisão teve uma conotação mais pesada nos primórdios da nossa atividade profissional. Através da informação e da consciencialização dos princípios éticos, as decisões ficam mais objetivas e transparentes.

Durante o Estágio, ponderei conjuntamente com a enfermeira orientadora certos aspetos e vicissitudes antes da tomada de decisão e pautei a minha conduta profissional sempre de acordo com os princípios éticos que regem a profissão. Num serviço com inerente recurso aos equipamentos e tecnologia avançada, surge o risco de poder acontecer ter o pensamento do cuidado dirigido ao que é objetivo e o doente, *Ser* subjetivo, passar, ainda que sem qualquer intenção, para segundo plano.

Recordo agora a salutar troca de ideias com a enfermeira orientadora que me levavam, irremediavelmente, a posterior reflexão, sobre as decisões terapêuticas invasivas e perfusões com altas doses de terapêutica supressora em doentes paliativos, em fase terminal por neoplasia. Muitas das vezes presenciámos situações de obstinação terapêutica, somente descrito em diário clínico “doente com mau prognóstico”, não sendo indicado ou objetivamente perceptível “Ordem de Não Reanimar”. Questões como esta são habituais e recorrentes na nossa prática diária, levantando sérias questões e dúvidas sobre o papel do enfermeiro e a ética profissional.

Mais uma das questões abordadas foi o facto de a UCI incluir doentes ventilados e sedados, por vezes apenas reativos se submetidos a estímulos dolorosos. Questionei-me por diversas vezes, em consciência, qual seria a real vontade daquelas pessoas em situação crítica e descompensação multiorgânica. Será que cada decisão que levava à tomada de uma medida, iria ao encontro da vontade do doente? Será que todas as minhas intervenções seriam, num cenário em que fosse possível demonstrar vontade, consentidas pelo doente? Não obstante, os dois princípios fundamentais e elementares da prática de enfermagem conseguem emergir, esclarecendo e acabando por ditar o caminho a seguir: olhar e atender aos princípios da beneficência e da não maleficência.

Paralelamente, questões relacionadas com a privacidade do doente também por mim foram levantadas e discutidas. Durante o Estágio, verifiquei existir uma constante preocupação em assegurar a privacidade das pessoas em situação crítica e vulnerável assim como a proteção de dados, matéria que atualmente cada vez vai ganhando mais relevo na nossa sociedade. Na realidade quotidiana dos serviços de cuidados intensivos, esta temática encontra-se um pouco mais esbatida, uma vez que cada unidade em que se encontra o doente é delimitado por cortinas que apenas são abertas para e pelos profissionais, sendo estas corridas e assim protegido o doente, nos momentos de higiene e conforto ou de simples posicionamento.

Situações emergentes e situações perante as quais a tomada de decisão de resolução tem que ocorrer de forma muito rápida, levam muitas vezes a um atenuar deste tipo de cuidados e deveres, uma vez que por ter que tomar uma atuação rápida para resolução, acaba por não ser colocado em primeiro plano o respeito pela privacidade do ser humano.

No que toca ao dever de confidencialidade, pode-se afirmar com segurança que este dever, pela elevada importância que assume, nunca foi desrespeitado ou sequer passado para segundo plano, quer na prática diária que atualmente desenvolvo quer durante o Estágio. Diariamente, empenho-me por assegurar sempre o respeito por este dever, que deve estar presente na mente de qualquer um que cuida do outro. Como prova deste facto e conforme vai acima descrito, para a implementação do projeto individual verificou-se a necessidade de este ser avaliado pela comissão de ética da ULSNA e da Universidade de Évora (Anexos 2 e 3). Após o *feedback* positivo, implementei o plano formativo de acordo com o previamente idealizado e delineado, apresentando a todos os enfermeiros um questionário de satisfação sobre a sessão. De forma a não quebrar este princípio de confidencialidade, os questionários não incluíam nenhuma parte que pudesse levar à identificação do enfermeiro que o preencheu. Assim, foi sempre salvaguardada a identidade dos mesmos, valorizando a veracidade das respostas ao referido questionário.

Debruçando-nos agora sobre a responsabilidade profissional, no decorrer do Estágio não existiu, em qualquer momento, nenhuma situação ou atuação em que este dever tenha sido colocado em causa, tanto pela enfermeira orientadora, pelo professor orientador, naturalmente, como por mim.

Na prática que desenvolvo diariamente procuro posicionar-me sempre de forma responsável no que diz respeito aos cuidados de enfermagem daqueles que estão ao meu cuidado, procurando

manter os meus conhecimentos de forma atualizada, nomeadamente, através de frequência de ações de qualificação profissional, de forma a assegurar uma constante atualização dos conhecimentos, quer na vertente tecnológica quer na vertente das ciências humanas. Tento sempre atuar com responsabilidade na minha área de competência, reconhecendo as características e especificidades das outras profissões da área da saúde e procuro apresentar soluções na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento e recuperação dentro de uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, em prol da qualidade dos serviços, conforme consagrado no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015, pp.5-11).

A reflexão sobre esta temática levou a uma maior consciencialização dos deveres e dos princípios que regem a nossa profissão, nunca esquecendo que cuidar do outro implica uma enorme responsabilidade pessoal e profissional. Deste modo, poder-se-á afirmar que as competências acima apresentadas foram por mim plenamente atingidas.

Competência de Mestre – Número 5

5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais.

Competências de Enfermeiro Especialista – B1 e B2

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

No decorrer do Estágio, tomei contacto com diversas formas de trabalhar e de organização. As formas de trabalho e de organização que fui conhecendo levaram-me a refletir conjuntamente com a enfermeira orientadora, de forma a concluir diferentes ideias que podiam ser implementadas no meu atual local de trabalho. Além de todos os protocolos já existentes na UCI, existem meios que facilitam o trabalho de enfermagem e aumentam a qualidade dos cuidados. Recordo-me da existência de várias caixas já preparadas e disponíveis para uso emergente, onde constavam os

materiais necessários para cada abordagem invasiva: entubação endotraqueal, drenagem pleural e cateter central.

A discussão destas ideias e formas de trabalho de enfermagem, motivaram-me também a pensar em elaborar num futuro próximo e para implementação no meu local de trabalho, projetos idênticos que permitam um atendimento rápido e eficaz ao doente crítico, permitindo reorganizar as salas de emergência e contribuindo para um aumento da melhoria da gestão da mesma.

Considero, pela prática experienciada no Estágio, pela prática atualmente desempenhada no meu local de trabalho e também pelas conclusões retiradas das sessões de formação dadas no âmbito do projeto individual, que os enfermeiros, de forma geral, estão dispostos e abertos às mudanças, motivados para novas formas de organização dos cuidados e respetivos serviços.

A respeito dos programas de melhoria da qualidade, procurei durante o Estágio, desenvolver capacidades teórico-práticas segundo as mais recentes recomendações e evidência científica. O facto de discutir as abordagens e planear o modo das intervenções conjuntamente com a enfermeira orientadora, levou a uma pesquisa contínua de conhecimentos e à adoção de novas abordagens.

Outra das estratégias utilizadas para contribuir para uma melhoria dos cuidados passa pela formação contínua. Durante o período de Estágio frequentei a formação de Doente Crítico, realizada nos dias 20 e 21 de outubro de 2017 (Anexo 4), e pertenci à comissão organizadora das III Jornadas de Urgência, organizadas pelo SU Médico-Cirúrgica da ULSNA (Anexo 5), tendo participado também no *workshop* intitulado “Interpretação de Traçados de ECG”, que se realizou nos dias 23 e 24 de novembro de 2017 (Anexo 6).

Mesmo não estando apto a concurso, procedi à realização de dois pósteres científicos intitulados por “Triagem de Manchester – a afluência desmedida aos serviços de urgência” e “Paragem Respiratória em Contexto Intra-hospitalar”, para as mesmas Jornadas acima referidas, conforme consta nos anexos 7 e 8.

Por fim, ainda participei como preletor nas Jornadas supracitadas (Anexo 9), na mesa “Transporte do doente crítico: recursos, práticas e necessidades apresentando o tema “Normas e boas práticas no transporte do doente crítico” (Apêndice 8).

Além destas formações, participei ainda no V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos dias 19 e 20 de janeiro do presente ano, organizado pela OE, tendo também frequentado o *workshop* “Técnicas Dialíticas (Diálise e Diálise Peritoneal) no seu Contexto Prático” (Anexos 10 e 11).

Finalmente, a organização e a implementação parcial do projeto individual através de formação dada aos profissionais do SU Médico-Cirúrgica da ULSNA permitiu obter as capacitações pertencentes a estas competências, mobilizando conhecimento em prol da melhoria e qualidade dos cuidados e da colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade, onde procurei introduzir mudanças de forma a criar uma mais valia profissional nos enfermeiros, nos próprios serviços e, conseqüentemente, nos doentes que recebem esses cuidados.

Atento o acima descrito também neste ponto se poderá afirmar que foram por atingidas as competências acima mencionadas.

Competência de Enfermeiro Especialista – B3

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

Na UCI, em face do desconhecimento daquele serviço, existiu a necessidade de explorar o serviço, quer quanto ao seu espaço físico quer quanto aos respetivos materiais e equipamentos, tentando adaptar-me o mais rapidamente possível à utilização do maior número de equipamentos, nomeadamente, ventiladores, monitores, seringas e bombas infusoras e, por último, da máquina de hemodiálise.

A dificuldade com que inicialmente me deparei foi a de existirem diversas marcas do mesmo equipamento e, conseqüentemente, com as diversas formas de manuseio, facto que tornou ligeiramente mais lento o processo de aprendizagem.

Após as dificuldades inicialmente encontradas e após ter recebido a explicação minuciosa pela enfermeira orientadora, foi notória a rapidez de aprendizagem em relação aos equipamentos, revelando-se tal facilidade com o funcionamento dos mesmos, cada vez mais, de forma intuitiva.

A segurança no manuseamento do equipamento existente na UCI levou obrigatoriamente ao aumento da destreza manual, levando também a um aumento significativo da qualidade dos cuidados prestados, criando um ambiente terapêutico e seguro.

Recordo-me, por exemplo, de um simples procedimento realizado em todos os doentes, com cateter venoso central. Para aumentar exponencialmente a segurança do doente em caso de paragem cardiorrespiratória, todos os que tinham necessidade de colocação de cateter venoso central tinham colocada uma torneira de três vias, ligando o lúmen do cateter de maior diâmetro com o prolongamento da soroterapia para, em caso de necessidade urgente, administrar mais fácil e rapidamente determinado fármaco em bólus.

Outra das formas de manter um ambiente terapêutico e seguro é através da passagem de turno de enfermagem. As passagens de turno ocorrem a cada 8 horas de trabalho, sendo que a passagem de turno da manhã é realizada na sala de trabalho, com toda a equipa de enfermagem presente.

Este facto torna-se vantajoso, uma vez que todos os enfermeiros presentes ficam na posse de toda a informação acerca dos doentes internados e sobre o seu estado evolutivo, existindo ainda espaço para a troca de ideias e reflexão sobre os cuidados que estão a ser a cada momento prestados. Nos restantes turnos, a passagem de turno é realizada na sala de cuidados intermédios ou na sala de cuidados intensivos, conforme a distribuição dos enfermeiros.

Inerentemente à continuidade dos cuidados surgem os registos de enfermagem. Estes são realizados em formato papel, conforme descrito anteriormente, donde consta a informação relativas às últimas 24 horas do doente. O documento encontra-se dividido em diversos campos, onde se consegue registar as diversas informações, sendo de fácil observação e avaliação, nomeadamente as notas de enfermagem, o balanço hídrico, parâmetros ventilatórios, perfusão de fármacos com respetiva dosagem e velocidade de perfusão e possibilidade de registo de notas diferenciadas e importantes.

O plano de cuidados é realizado pelo enfermeiro responsável do doente no primeiro turno da manhã, tendo por base a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, e vão sendo atualizados conforme necessidade ao longo do tempo de internamento.

No que diz respeito à continuidade e transição de cuidados na alta e transferência do doente, esta é ponderada ao longo do internamento e realizada conforme a Norma 001/2017 da DGS.

Atento o descritivo acima, considero também que foram atingidas estas competências inerentes ao enfermeiro especialista.

Competência de Mestre – Número 1

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Competências de Enfermeiro Especialista – C1 e C2

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação da equipa multiprofissional.

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

Atualmente na UCI, a gestão do serviço encontra-se atribuída a uma enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Durante o Estágio não tive a oportunidade de observar diretamente o trabalho realizado pela enfermeira responsável. Apesar do meu interesse em participar ativamente nessa observação, nunca foi possível, dado que nos turnos da manhã, a enfermeira deslocava-se para o exterior do serviço para proceder à análise curricular dos enfermeiros que concorreram ao concurso de recrutamento de enfermagem, uma vez que esta fazia parte integrante do júri. Contudo, foi possível observar outro tipo de tarefas e funções desempenhadas que permitiram refletir acerca da componente de gestão.

Segundo o seu horário e independentemente das funções a realizar, a enfermeira responsável fez sempre questão de estar presente na primeira passagem de turno do dia, aquela que, conforme anteriormente descrito, englobava todos os enfermeiros da UCI de modo a fornecer uma

informação global do serviço a todos os enfermeiros, com espaço para discussão dos resultados terapêuticos conforme as intervenções realizadas.

Também consegui observar que em caso de necessidade, a enfermeira responsável assumia diretamente a responsabilidade na prestação de cuidados. Esta capacidade de envolvimento em determinados momentos complexos do serviço permite demonstrar à equipa que, apesar da posição de responsabilidade, apresenta-se como enfermeira de cuidados especializados sempre que assim era necessário, contribuindo para uma posição de liderança e não apenas de responsável. Esta proximidade permite, aos restantes enfermeiros, observá-la como se de mais um elemento se tratasse, mesmo com funções de responsabilidade.

Frequentemente, inspirava a melhoria da prática de enfermagem, aceitando as sugestões que lhe eram dadas por parte da restante equipa, sendo claramente analisada como um elemento de referência no cuidado ao doente crítico.

Outras das funções da enfermeira responsável correspondia à distribuição dos enfermeiros escalados para o turno da manhã. Para essa distribuição, a enfermeira responsável dispunha de um *score* resultante da avaliação do TISS 28. Conforme descrito anteriormente, o resultado do preenchimento do TISS 28 corresponde à fundamentação do número de dotações seguras, indicador da carga de trabalho de enfermagem exigida por cada doente crítico presente no serviço, manifestando-se como uma justificação no número de enfermeiros necessários.

Considerando o resultado de cada doente e tendo em conta o método utilizado pelo enfermeiro responsável, assim era a distribuição dos enfermeiros realizada.

Como enfermeira responsável, esta estava encarregue da gestão do serviço também no que diz respeito ao material e gestão farmacológica. Semanalmente, a mesma elaborava uma lista de material necessário conforme uma *check-list* e realizava o pedido de material.

Os fármacos que não existiam em *stock* de serviço ou terapêutica com necessidade do preenchimento um formulário extra era mais uma das tarefas que a enfermeira responsável fazia questão de solucionar.

Sempre que a enfermeira responsável não se encontrava presente no serviço, nomeadamente nos turnos da tarde e da noite, assim como nos fins-de-semana, os enfermeiros com mais anos de profissão na UCI assumiam o turno, sendo designados de enfermeiros responsáveis. Estes tinham a capacidade de decidir todas as questões relacionadas com a gestão do serviço, com a distribuição dos enfermeiros para o turno seguinte e solucionar outras questões que surgiam de forma imprevista que colocavam em causa o número de enfermeiros presentes e a qualidade dos cuidados. De referir que o rácio de enfermeiro-doente varia habitualmente de 1/1, podendo atingir, no máximo, o rácio de 1/2.

Recordo-me de uma outra situação em que o rácio de enfermeiro-doente correspondia a 1/1 e que o serviço foi contactado para dispensar um enfermeiro para realizar um transporte de um doente crítico pertencente ao SU. A enfermeira responsável naquele turno questionou os restantes colegas de forma a perceber qual dos presentes se dispunha a efetuar aquele transporte. Não se tendo chegado a qualquer conclusão uma vez que todos os profissionais estavam aptos para a realização daquele procedimento, avançou para o *jogo* para tirar um nome à sorte de forma a ficar escolhido quem ficaria com tal responsabilidade.

No meu ponto de vista, apesar do transporte crítico ter ficado a cargo de um dos enfermeiros através daquele meio de escolha, a enfermeira responsável sabia que todos os enfermeiros presentes tinham as competências necessárias para o efetuar, colocando-os, sem exceção no mesmo patamar de igualdade e nível de competência.

Relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, sempre procurei envolver a equipa multiprofissional nos cuidados ao doente, sabendo desde logo que seria vantajoso para quem recebe os cuidados. O enfermeiro deve ter como princípio orientador da sua prática “a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com os outros profissionais” (OE, 2015, p.6) assim como “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (OE, 2015, p.6).

Tive oportunidade de me deparar com uma equipa que ia muito além do tratamento sintomatológico e objetivo. Era uma equipa de enfermeiros e profissionais capazes de olhar o doente de uma forma holística, única e singular, de acordo com os valores universais, plasmados no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015, p.5), possuindo igualmente padrões

organizacionais metódicos, baseados num rigor técnico-científico bastante elevado, dando resposta a situações de maior complexidade e exigência.

A confirmação – entre outras – da característica / capacidade acima referida passa pelo elevado número de protocolos existentes no serviço. A UCI dispõe de múltiplos protocolos, normas e instruções de trabalho que foram surgindo à medida das necessidades encontradas.

Quando elaboradas e após a sua aprovação, estas permanecem expostas durante 60 dias no gabinete de enfermagem, sendo posteriormente arquivadas num dossier intitulado por “Manual de Procedimentos e Normas de Enfermagem da UCI Doutor Emílio Moreira”. Para confirmação da sua leitura e implementação, cada enfermeiro deve colocar a sua assinatura, apenas assim validando a visualização e análise do documento exposto.

Posso afirmar que ao refletir sobre as múltiplas funções de chefia e gestão, também ela inerente aos conflitos, me proporcionou uma enorme aprendizagem, contribuindo para a mudança de perspetivas relativamente a este papel desempenhado.

Não tendo sido possível desenvolver papéis de liderança e gestão de equipa durante o Estágio, posso afirmar que as atividades desenvolvidas, presenciadas e refletidas me permitiram desenvolver estas competências.

Competências de Enfermeiro Especialista – D1

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Durante o período de Estágio foi-me possível desenvolver várias competências relacionadas ao saber-estar, saber-ser e saber-fazer, muito importantes, se não elementares, para qualquer intervenção do enfermeiro no ato do cuidar.

O facto de ter estado num serviço onde nunca tinha desempenhado funções, levou-me a presenciar situações para as quais nunca estaria em alerta. Apesar de desempenhar funções num serviço onde ocorre a estabilização imediata do doente crítico, não me encontrava totalmente

focalizado nos cuidados posteriores a esse momento, onde se consegue observar a sua evolução clínica, através de uma monitorização constante e através de vários equipamentos, fazendo a diferença no resultado do doente crítico.

O receio inicial habitual dos múltiplos fatores existentes numa UCI, conduziu após diversas estratégias, no fim, a um bem-estar profissional. Verificou-se, ao longo de todas as semanas, uma evolução notória relativa à realização das técnicas, às relações interpessoais com toda a equipa multiprofissional, à relação com o próprio doente e respetiva família e, finalmente, com toda a complexidade tecnológica existente num serviço com estas características.

De realçar o papel extremamente importante da enfermeira orientadora que proporcionou os momentos e adequou as situações para que existisse esta notória evolução, no seio de uma equipa diferente e num serviço de diversas características daquele em que atualmente desempenha funções.

Inicialmente também foi sentido um enorme receio inerente à comunicação de informações de enfermagem aos doentes internados (conscientes e orientados) assim como aos respetivos familiares. Dado que me encontrava num serviço diferenciado, sem conhecimento sobre as normas, os procedimentos ou locais acordados na prestação de informações, revelou-se difícil gerir e diferenciar a informação que estava ou não dentro do meu âmbito como enfermeiro. Contudo, após diálogo com a enfermeira orientadora e após a explicação de procedimentos, consegui sentir maior conforto, participando ativamente na prestação de informações, quer presenciais quer telefonicamente.

Procurei permanentemente pôr em prática o estabelecer de uma relação terapêutica, tendo como base os conceitos lecionados e apreendidos nas aulas de Relação de Ajuda, que decorreram no primeiro semestre do presente mestrado. Assim, procurei colocar-me no lugar do outro, promovendo e desenvolvendo de forma constante uma escuta ativa.

Ao longo do Estágio, fui procurando aperfeiçoar e adaptar-me às características do serviço, observando todos os elementos que integravam aquele serviço, desde as tarefas desempenhadas à relação e forma de estar, como também às características do equipamento circundante, tendo como objetivo primordial procurar fazer mais e melhor.

Esta constante procura permitiu o desenvolvimento da assertividade perante o outro – doente, família e/ou profissional – e perante as diferentes situações que surgiam. Trataram-se de situações únicas que me permitiram desenvolver capacidades de reflexão, preparando-me intuitivamente para desempenhar um papel de enfermeiro especialista no seio de uma equipa. A evolução desta competência foi, também ela, observada pela minha enfermeira orientadora.

Apraz-me assim dizer que considero ter também atingido as competências acima referidas.

Competências de Mestre – Números 2 e 6

2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Competência de Enfermeiro Especialista – D2

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

No decorrer do Estágio foram vários os momentos em que tive a necessidade de consultar diversas fontes de conhecimento para completar a prática realizada na UCI. Por ser um serviço de uma especificidade peculiar, o conhecimento acerca de diversas matérias devia ser consolidado.

Neste período de Estágio foram múltiplos os momentos de aprendizagem e revisão. Entre eles, dou especial destaque à revisão metódica do conteúdo lecionado nas aulas de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, inseridas no segundo semestre do presente mestrado e as disciplinas de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2 e 5, onde consultamos Normas de Orientação Clínica e realizámos diversas análises de artigos acerca de uma temática escolhida, assim como aprofundámos temas relacionados com o controlo de infeção, assunto mais do que inerente à prestação de cuidados de enfermagem em UCI.

Na UCI, deparei-me com uma equipa de enfermagem com constante interesse pela atualização do conhecimento na prática do cuidar, tendo inclusivamente sido organizado pela equipa de formação do serviço, uma lista considerável de formações a realizar durante o ano de 2018, entre elas uma formação na qual pude participar em janeiro do corrente ano, intitulada por “Protocolo de Rastreio e Vigilância Ativa de Microrganismos Multirresistentes” cujo certificado ainda não se encontra disponível por questões organizacionais.

A enfermeira orientadora apresentava-se como fonte motivacional para a pesquisa e aprendizagem, indicando quais as normas que deviam ser consultadas em relação a determinada situação e os sítios onde podiam ser pesquisadas. Inicialmente, devido à enorme informação recebida na prática do Estágio, foi difícil gerir e reter toda a informação recebida e partilhada considerando a rápida ascensão na qualidade dos cuidados prestados e rápida integração na dinâmica do serviço.

No decorrer do tempo senti que o conhecimento adquirido já era integrado na minha prática como enfermeiro em Estágio da UCI, demonstrando cada vez mais familiaridade na explicação e justificação de todos os procedimentos e intervenções que decidia realizar tendo como base a evidência científica. Porém, consigo identificar que esta facilidade não surgiu apenas das pesquisas realizadas e das temáticas consultadas, tendo grande parte sido resultado da prática e da experiência adquirida.

Para facilitar a consolidação/integração desta competência, surge o artigo de realização obrigatória que foi entregue no final do Estágio, correspondendo a 50% da respetiva nota final (apêndice 9). Este artigo foi elaborado de acordo com as características da Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento e a temática abordada foi a mesma apresentada no projeto individual: a abordagem do enfermeiro ao doente com AVC isquémico. A sua realização envolveu a consulta de muitos documentos e *guidelines* que permitiram elaborar o projeto individual final, com o grande contributo da enfermeira orientadora.

Assim, consigo afirmar que o conhecimento adquirido ao longo do Estágio foi determinante e fulcral para adquirir as competências necessárias ao desenvolvimento das características inerentes ao papel de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, satisfazendo o doente e aumentando os resultados clínicos da mesma.

Logo, perante a fundamentação apresentada, considero ter adquirido e desenvolvido a referida competência.

Competências de Mestre – Número 7

7. Evidenciar competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, na sua área de especialidade.

Atendendo que a presente competência é o conjunto de todas as atividades desenvolvidas e mencionadas neste relatório de estágio, considero ter atingido a competência de Mestre supracitada.

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

K1 – Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

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

Ao longo do Estágio, foram múltiplos os doentes cuidados, principalmente com patologias e falências do foro cardíaco, respiratório, renal e cirúrgicos. Diagnósticos como pneumonias, associadas a insuficiências respiratórias com descompensação metabólica, enfartes agudos do miocárdio e até insuficientes renais crónicos em sessões de hemodiálise com pneumonia foram as patologias mais comuns nos doentes cuidados durante o período de Estágio. Neste tipo de doentes é prevalente a descompensação multiorgânica, sendo de extrema importância o facto de o

enfermeiro estar atento aos possíveis focos de instabilidade hemodinâmica, atuando na prevenção de situações peri-paragem cardiorrespiratória.

De forma a evitar este tipo de situações, o enfermeiro deve agir na prevenção e antecipação de complicações associadas à pessoa crítica, desde, e tomando como exemplo, o simples posicionamento para mobilização das secreções pulmonares até à observação da onda ventilatória como alerta para a necessidade de aspiração das mesmas.

Apesar de serem doentes com idênticas patologias daqueles que dão entrada e que ficam internados no SU/SO, existiram novas experiências no cuidar, principalmente no que diz respeito, aos doentes cirúrgicos. A UCI recebe doentes pós-cirurgia, com o intuito de proceder à sua estabilização hemodinâmica e assegurar uma vigilância segura do doente crítico. Inicialmente, revelou-se complicado lidar com pensos cirúrgicos, com múltiplos drenos tubulares, procedendo, no entanto, à avaliação e registo das características do conteúdo drenado, assim como a sua quantidade, importante para a realização do balanço híbrido do doente.

Sendo doentes com características diferenciadas daqueles com que habitualmente se lida no SU e apesar da dificuldade inicial existente, ao longo do Estágio foi relevante o aumento do conforto na prestação de cuidados ao doente cirúrgico, realizando os pensos, descrevendo a ferida operatória, lidando com todos as drenagens e contabilizando as perdas inerentes às mesmas.

Torna-se evidente que, neste processo de aquisição de competências, a observação e execução das práticas realizadas pela enfermeira orientadora tiveram uma contribuição muito relevante, se não mesmo, decisiva. Através da observação foi possível sentir uma evolução no aspeto teórico-prático que permitiu que os procedimentos de enfermagem iniciais tomados como complexos se tornassem recorrentes no final, assim como contribuiu para a observação de pequenos pormenores que na prática do cuidar se revelam “pormenores”.

Também, através de observação, me foi possível analisar a organização de turno levada a cabo pela enfermeira orientadora, tendo sempre por base as necessidades do doente e as características do serviço. Esta observação permitiu melhorar a minha prática como profissional, adotando diversas técnicas e formas de organização de trabalho proporcionando uma melhor eficiência, eficácia e gestão do tempo dos cuidados de enfermagem prestados.

Também os cuidados prestados e minuciosamente explicados pela enfermeira orientadora permitiram rever e adquirir outros conhecimentos com base na última evidência científica, como por exemplo, na abordagem ao doente com sépsis. Durante esta explicação, surgiram sempre questões acerca da temática às quais consegui responder acertadamente, com base no percurso académico e na experiência adquirida enquanto profissional.

Durante o Estágio não acompanhei nenhum episódio de paragem cardiorrespiratória. Contudo, durante o mesmo, foi possível presenciar diversos momentos críticos de peri-paragem, ativando a equipa presente no serviço para uma abordagem rápida, objetiva e sequencial, conforme as indicações de suporte avançado de vida, adquiridos anteriormente (Anexo 12). Contribuindo para a identificação de ritmos peri-paragem que surgiram no seu decorrer, também o *workshop* em Interpretação de Traçados de ECG (Anexo 6) foi bastante importante.

Para que se consiga identificar situações potencialmente geradoras de paragem cardiorrespiratória, o enfermeiro necessita de ter conhecimentos teórico-práticos no que respeita à monitorização. Foi-me possível aprender acerca do equipamento disponível na UCI, assim como estabelecer os respetivos parâmetros de alarme, tendo em conta o doente sob cuidado.

Também através da monitorização hemodinâmica o enfermeiro consegue observar sinais de desconforto, como é exemplo, a taquicardia sinusal. Em doentes ventilados e sedados é possível observar sinais de desconforto e dor através da sua monitorização e, através de procedimentos farmacológicos e não farmacológicos, diminuir ou erradicar a dor sentida pelo doente crítico.

Relativo à temática do correto manuseamento do equipamento, também me foi possível ajustar velocidades de perfusões de fármacos, tanto em seringas como em bombas infusoras. As situações mais comuns estavam relacionadas ao ajuste de velocidade em perfusões de dopamina e noradrenalina, quando o efeito terapêutico pretendido era definitivamente ultrapassado e onde se iniciavam perfis tendencialmente hipertensos.

Conforme já abordado, existe uma elevada taxa de doente ventilados e sedados no internamento da UCI. Este facto, dificulta o desenvolvimento da capacidade mais importante do enfermeiro: a comunicação. Para existir uma correta comunicação, o orador tem de obter um *feedback* da informação dada, o que na maioria das vezes deste tipo de casos, não acontecia. Ao observar os diversos enfermeiros, ao longo do Estágio foi-me possível desenvolver capacidades de

comunicação com o doente ventilado e sedado, contribuindo assim para uma relação de ajuda mais forte e mais próxima, assente na confiança profissional.

Outro dos aspetos que contribuiu para o desenvolvimento da comunicação foi a prestação de informações à respetiva família. Apesar do local onde atualmente exerço funções ter múltiplas situações onde cabe ao enfermeiro prestar as necessárias informações à pessoa e à família, inclusive as más notícias, neste serviço específico foi notória a evolução da comunicação estabelecida com a família do doente crítico, facultando informações de enfermagem do doente ventilado, sedado, por vezes não reativo e rodeado de equipamento com ruídos desconhecidos para a maior parte das pessoas. Não presenciei nenhum óbito durante este período de Estágio mas, durante a prestação de informações, foi-me possível prestar cuidados de enfermagem também à família, agindo como figura de confiança no ato de cuidar e habilitando-a de informações que levassem a uma melhor gestão emocional, à diminuição da ansiedade e na crescente capacitação do papel de primeira cuidadora.

No que diz respeito à terapêutica, uma vez que é o enfermeiro o responsável pela terapêutica que administra, é imperativo que este tenha conhecimentos específicos nesta área. Deparei-me com uma gama de fármacos um pouco diferentes daqueles utilizados no SU, existindo a necessidade de uma constante atualização de informação no que respeita à classe, indicações, contraindicações e efeitos secundários dos fármacos não comumente administrados. Os sedativos, opióides, amins, simpaticomiméticos entre outros, foram a gama de fármacos que, devido à sua especificidade farmacológica, necessitei de aprofundar conhecimentos para estar atento aos seus efeitos secundários e atuar na prevenção de complicações.

Ainda no foco desta competência específica apresenta-se toda a estruturação e implementação parcial do projeto individual. O facto de investir na área do atendimento e abordagem ao doente com AVC permitiu desenvolver capacidades para atingir competências importantes como Enfermeiro Especialista. Toda a reestruturação do caminho do doente com AVC num determinado serviço, facilitar a identificação de sintomatologia de AVC, assim como estruturar a abordagem ao doente com esta patologia permitiu aprofundar conhecimentos na área e capacitar os restantes enfermeiros presentes no serviço, através da formação, tendo por base as *guidelines* indicadas pela AHA.

Considero com a experiência acima descrita que esta competência foi desenvolvida e aprofundada e, por conseguinte, totalmente atingida.

K2 – Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

Ao longo do Estágio desenvolvido na UCI, foram vários os momentos em que abordei e discuti a temática de catástrofe com a enfermeira orientadora. Foi-me possível consultar o plano de catástrofe da ULSNA que se encontra visível na *intranet*, assim como também foi possível discutir as alterações a ter em linha de conta em caso de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Todas as hipóteses discutidas foram baseadas em casos fictícios, uma vez que não ocorreu qualquer situação de catástrofe ou emergência multi-vítima durante o decorrer do Estágio, não sendo por isso possível observar a dinâmica multidisciplinar e do próprio serviço no decorrer de uma situação real.

Foram também abordadas as causas mais prováveis para o acontecimento do tipo de situações acima referidas, chegando rapidamente à conclusão que o distrito de Portalegre apresenta diversos fatores que contribuem para a ocorrência de situações de catástrofe, como por exemplo, a constante passagem de comboios de mercadoria química e inflamável pela linha ferroviária no distrito de Portalegre, assim como, a já conhecida Baja de Portalegre, propícia a situações potencialmente perigosas no que diz respeito a trauma multi-vítima.

No período de verão, as praias fluviais apresentam-se lotadas, principalmente com pessoas de nacionalidade espanhola. Contribuindo para esta situação, também os festivais de verão que decorrem nas localidades da periferia encontram-se sobrelotados, sendo mais um foco potencial do risco de catástrofe.

Inerente a esta temática, durante o Estágio fui convidado para participar como preletor nas III Jornadas de Urgência de Portalegre, que decorreram nos dias 23 e 24 de novembro de 2017, com a apresentação “Normas e Boas Práticas no Transporte do Doente Crítico” (Anexo 9 e Apêndice 8). Considero que esta temática também se insere nesta competência, uma vez que o HDJMGP não

tem muitas especialidades médicas, tornando-se assim imperativo, proceder ao transporte do doente crítico para os hospitais de referência, ainda mais em situações de catástrofe e multi-vítima.

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

K3 – Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

No decorrer do Estágio foram vários os momentos em que tive oportunidade de ler e analisar a documentação disponível na *intranet* da ULSNA, partilhada pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos [PPCIRA]. Além disso, tive ainda possibilidade de ler e analisar com a enfermeira orientadora a documentação protocolada para a UCI no que concerne à prevenção e controlo de infeção.

Atento a que a UCI é um dos serviços com elevadas probabilidades de infeção por organismos multirresistentes, existe uma notória preocupação em adotar formas de trabalho que contribuam para a vigilância e controlo desses microrganismos resistentes. Aliada a esta situação, existe o facto de a UCI apresentar doentes com diversos dispositivos invasivos, com necessário manuseamento e alta probabilidade de infeção, nomeadamente, cateteres venosos centrais, linhas arteriais, cateteres urinários, ventilação mecânica invasiva, drenos e pensos cirúrgicos, cateteres de hemodiálise, entre outros.

Durante o Estágio manuseei todo o material acima descrito, segundo os pressupostos principais da assepsia e controlo de infeção, tendo aparecido a possibilidade de preparar o doente, o próprio material e colaborar em todas as técnicas invasivas, tendo como pilar fundamental os conhecimentos apreendidos nas sessões letivas, formações e consulta de documentação de acordo com as últimas evidências científicas.

As diversas funções do enfermeiro passam por manusear dispositivos médicos com alta probabilidade de infeção, sendo um exemplo prático a aspiração de secreções ao doente ventilado.

No meu local de trabalho existem dois ventiladores invasivos, sendo utilizados diversas vezes, mas apenas com o propósito de estabilização para proceder ao transporte do doente quer inter ou intra-hospitalar, não sendo frequentemente utilizado para doentes internados em SO.

Dado este facto, a aspiração assética de secreções foi uma técnica bastante desenvolvida ao longo de todo o Estágio, assim como a prevenção da pneumonia associada ao ventilador, com real ênfase na higiene oral, de acordo com a Norma da DGS número 021/2015, atualizada em 2017, uma vez que todos os doentes por mim cuidados durante o Estágio se encontravam com ventilação invasiva.

O outro tipo de doentes que contribui com grande importância para obtenção desta competência são os doentes cirúrgicos. Os doentes cirúrgicos, em virtude de todos os constituintes que um doente crítico internado numa UCI apresenta, tem também o acréscimo de todos os drenos cirúrgicos e as respetivas feridas operatórias, por vezes extensas e com bordos não completamente unidos. O contacto com este tipo de doentes permitiu desenvolver formas de observação e técnicas de manuseamento de material para diminuição de qualquer risco de infeção associado aos cuidados de saúde, lidando diariamente com os conceitos de lavagem, desinfeção e esterilização.

Outros tipos de doentes presentes na UCI durante o período de Estágio foram doentes isolados por microrganismos resistentes, variando conforme a localização e o tipo de microrganismo, o tipo de isolamento adotado e conseqüentemente, o equipamento de proteção individual necessário.

Foi-me possível colaborar com a enfermeira responsável do PPCIRA da ULSNA conjuntamente com a enfermeira responsável e os restantes enfermeiros e profissionais na decisão do tipo de isolamento a adotar, consoante o microrganismo que no doente fosse diagnosticado. Inclusivamente, conforme já referido, frequentei a formação de serviço intitulada por “Protocolo de Rastreamento e Vigilância Ativa de Microrganismos Multirresistentes” realizada durante o período de Estágio na UCI, de modo a adotar novos procedimentos para o rastreio de microrganismos resistentes no respetivo serviço.

Consegui também, proceder à leitura do artigo enviado pela enfermeira responsável do PPCIRA “*Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*”, do PPCIRA, DGS, de 2017.

Já no final do Estágio, tive a oportunidade de frequentar uma formação de “Segurança do Doente”, apresentada pela enfermeira responsável do PPCIRA, no âmbito da qual se pode resumir e recapitular toda a temática sobre o controlo de infeção e de que forma este é importante para segurança do doente, cujo certificado ainda não se encontra disponível por questões organizacionais.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório de Estágio permitiu corporalizar, através da análise e reflexão, as atividades e intervenções concretas realizadas durante o período do Estágio final. Foi igualmente possível mobilizar, aplicar, adquirir e atualizar novos saberes e novas competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

A forma utilizada através da reflexão permitiu desenvolver o conceito crítico, proporcionando uma mudança de visão e de comportamento relativamente à arte do cuidar, baseada na evidência científica.

No que diz respeito ao Estágio final, este foi desenvolvido em dois serviços distintos, com tempos igualmente distintos. Iniciou-se na UCI e Intermédios Polivalentes da ULSNA, onde diariamente surgiram novas experiências que se ultrapassaram através do esforço e dedicação, tendo como um dos objetivos primordiais a atualização de conhecimentos. Neste campo de Estágio foi possível enriquecer profissionalmente, contribuindo grande e positivamente para a minha realização profissional e pessoal.

Seguiu-se o Estágio no SU Médico-Cirúrgica da ULSNA, culminando com o projeto individual, também ele imprescindível para a aquisição e mobilização de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista, permitindo definir novas abordagens dos enfermeiros do SU Médico-Cirúrgica da ULSNA ao doente com sintomatologia sugestiva de AVC.

A realização de um projeto assenta na contribuição para a evolução da profissão de enfermagem, onde se destaca a prestação de cuidados de saúde específicos, individualizados e de maior evidência ao doente e família, resultantes de uma constante atualização de conhecimentos através da pesquisa e investigação, sendo esta “essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões” (Fortin, 1966, p.23).

Conseguiu-se fundamentar, junto da maioria dos enfermeiros que exercem funções no SU supracitado, que novos fluxos de trabalhos estão relacionados com um aumento da qualidade no

atendimento ao doente com AVC isquémico, estando a formação, no SU e respetivas equipas multidisciplinares, intimamente relacionada com iniciativas de melhoria da qualidade. Estas iniciativas contribuem para o aumento do número de tratamentos com terapia trombolítica e segurança da sua execução (Powers *et al.*, 2018, p.8).

De forma complementar, surge a reflexão sobre a possível continuação do projeto exposto, inerente ao transporte inter-hospitalar do doente crítico com AVC isquémico agudo. Dado que muitas das vezes o doente com AVC isquémico tem de ser transportado para o Hospital Espírito Santo de Évora, que se encontra a 103 quilómetros de distância, para realização de trombólise endovenosa num período inferior a 3 horas, deve estabelecer-se um protocolo de transferência entre as unidades de saúde, garantindo a segurança e a eficiência dos cuidados (Powers *et al.*, 2018, p.10).

Em suma, o Estágio final, mais do que um processo formal e formativo sujeito a uma avaliação quantitativa, distinguiu-se pela experiência vivenciada num diferente contexto daquele que habitualmente nos encontramos inseridos e pela constante partilha de conhecimentos, permitindo tornar-nos mais aptos e competentes na abordagem ao doente crítico.

A reflexão e a descrição das competências de Mestre, Especialista em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica revelou-se de extrema importância, proporcionando novos momentos de aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade e influenciando positivamente o processo de crescimento enquanto futuro Enfermeiro Especialista e futuro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Advani, R., Naess, H. & Kurz, M. (2017, maio). The golden hour of acute ischemic stroke. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25 (54).

American Heart Association (2011). STROKE IS AN EMERGENCY! CODE STROKE: ASSESS, ALERT, ARRIVE. American Heart Association. Acedido a 3 de dezembro de 2017 em https://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm_454087.pdf.

American Heart Association (2018a). Highlights: From the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Acedido a 16 de janeiro de 2018 em <https://healthmetrics.heart.org/wp-content/uploads/2018/02/Highlights-from-the-2018-Guidelines-for-the-Early-Management-of-Patients-With-Acute-Ischemic-Stroke.pdf>.

American Heart Association (2018b). Stroke Risk Factors You Can Control, Treat and Improve. In American Heart Association. Acedido a 16 de fevereiro de 2018 em http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/Understanding-Stroke-Risk_UCM_308539_SubHomePage.jsp.

American Heart Association (2018c). The type of treatment depends on the type of stroke. In American Heart Association. Acedido a 18 de fevereiro de 2018 em http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Treatment/Stroke-Treatment_UCM_492017_SubHomePage.jsp.

American Heart Association (2018d). What is Stroke? In American Heart Association. Acedido a 3 de janeiro de 2018 em http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/About-Stroke_UCM_308529_SubHomePage.jsp.

Candelaresi, P., Lattuada, P., Uggetti, C., Daccó, R., Fontana, G. & Frediani, F. (2017, junho). A high-urgency stroke code reduces in-hospital delays in acute ischemic stroke: a single-centre experience. Springer-Verlag, Itália.

Coordenação Nacional Para as Doenças Cardiovasculares (2007). Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, Alto Comissariado da Saúde.

Elvas, I., Conceição, A., Valente M., Catarino, R., Manuel, J., Ghira, M., et al. (2012). Abordagem à Vítima (1). Instituto Nacional de Emergência Médica.

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco (2017). Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <http://gdoc.uevora.pt/480468>.

European Centre for Disease Prevention and Control (2017). Point prevalence survey of health care associated infections and antimicrobial use in European acute-care hospitals. Versão 5.1. Estocolmo: European Centre for Disease Prevention and Control.

Fortin, M. (1996). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Grupo Ânima Educação (2014). Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada nas evidências. Belo Horizonte.

Jauch, E., Saver, J., Adams, H., Bruno, A., Demaerschalk, B., Khatri, P., et al. (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. American Heart Association. Acedido a 6 de novembro de 2017 em <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2013/01/31/STR.0b013e318284056a.full.pdf?download=true>.

Kamal, N., Sheng, S., Xian, Y., Matsouaka, R., Hill, M., Bhatt, D., et al. (2017). Delays in Door-to-Needle Times and Their Impact on Treatment Time and Outcomes in Get With The Guidelines-Stroke. American Heart Association.

Kim, D., Bae, H., Han, M., Kim, B., Park, S., Park, T., et al. (2016). Direct admission to stroke centers reduces treatment delay and improves clinical outcome after intravenous thrombolysis. Journal of Clinical Neuroscience.

Know Stroke & BlueCloud (1999). National Institutes of Health Stroke Scale. Acedido a 28 de novembro de 2017 em <http://www.nihstrokescale.org/>.

Kothari R., Pancioli A., Liu T., Brott T., Broderick J. (1999, abril). Cincinnati Prehospital Stroke Scale: Reproducibility and Validity. Annals of Emergency Medicine, 33 (4), 373-378.

National Stroke Association (2018). What is Stroke? In National Stroke Association. Acedido a 3 de janeiro de 2018 em <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke>.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 17 de janeiro de 2018 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Acedido a 27 de janeiro de 2018 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transportes de Doentes Críticos: Recomendações 2008. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Acedido a 23 de novembro de 2017 em https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.

Polit, D & Beck, C. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8). China: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2015). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 10 de janeiro de 2018 em http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/DGS_circular_normativa_15_2015__triagem_e_referenciacao_interna_no_SU.pdf.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2017a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 16 de janeiro de 2018 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2017b). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 16 de janeiro de 2018 em [//www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx).

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2017c). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 21 de dezembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2017d). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 2 de dezembro de 2017. Acedido a 2 de dezembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>.

Powers, W., Rabinstein, A., Ackerson, T., Adeoye, O., Bambakidis, N., Becker, K., et al. (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*. American Heart Association. Acedido a 30 de janeiro de 2018 em

<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2018/01/23/STR.000000000000158.full.pdf?download=true>.

Rosswurm, M. & Larrabee, J. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 4 (31), 317-322.

Seyoum, M., Okosun, I., Bayakly, R., Clarkson, L., Lugtu, J., Floyd, S., et al. (2016, abril). Door to Intravenous Tissue Plasminogen Activator Time and Hospital Length of Stay in Acute Ischemic Stroke Patients, Georgia, 2007-2013. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25 (4), 866-871.

Stillwell, S., Overholt, E., Melnyk, B. & Williamson, K., (2010, maio). Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. *Evidence- Based Paractice: Step by Step*, 110 (5), 41-47.

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (2016). Missão, Atribuições e Legislação. In Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Acedido a 18 de janeiro de 2018 em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>.

Zerna, C., Siepmann, T., Barlinn, K., Kepplinger, J., Pallesen, L., Puetz, V., et al. (2015, abril). Association of time on outcome after intravenous thrombolysis in the alderly in a telestroke network. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 0 (0), 1-7.

Zhou, Y., Xu, Z., Liao, J., Feng, F., Men, L., Xu, L., et al. (2017). New standardized nursing cooperation workflow to reduce stroke thrombolysis delays in patients with acute ischemic stroke. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1215-1220.

ANEXOS

Anexo 1 – Declaração de Aceitação de Orientação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro assumir a orientação do trabalho do estudante João Luís Lopes Mendes (aluno n.º M36784), conducente à elaboração do Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação crítica.

Trata-se de um trabalho de investigação empírica, subordinado ao tema da área de especialização referida, que trata a temática da *pessoa em situação crítica com acidente vascular cerebral: uniformizar procedimentos em enfermagem no serviço de urgência*.

Por ser um trabalho inovador e, sobretudo, porque reconheço no mestrando adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com todo o interesse científico na sua orientação.

Évora, 06 Novembro de 2017

O Orientador

(Adriano Dias Pedro)

**Anexo 2 – Parecer Positivo da Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora**



Documento	1	8	0	6	5
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela e Prof. Doutor Luís Sebastião, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência*" do investigador **João Luís Lopes Mendes** (mestrando) e Prof. Doutor Adriano Miguel Jesus Dias Pedro (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo 3 – Parecer Positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA



ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO

ENTRADA Nº 201706695 (Nov.)
18/01/18
Sandra Oliveira

INFORMAÇÃO

N.º 7/ 2018, de 16 janeiro

De: Maria Luiza Lopes- Comissão de Ética

Para: Sr. Presidente do CA- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: "Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência".

PARECER

_____/_____/_____

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

autorizados o projeto de intervenção proposto.

O Sr. Enf. João Luis Mendes, da ULSNA, solicitou a esta Comissão de Ética a realização de um projeto de intervenção no serviço, o qual pretende realizar no SU do HDJMG, a esta Comissão de Ética, denominado: "Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência."

O Sr. Enf. João Luis Lopes Mendes, a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande, HDJMG, solicitou autorização para realização de um projeto de intervenção no serviço, o qual pretende realizar no SU do HDJMG, a esta Comissão de Ética, denominado: "Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência."

Junta a documentação sobre o estudo, cumpre então proceder à sua análise e informar o seguinte.

João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

278101123

1- Enquadramento do estudo

O presente projeto de intervenção insere-se no âmbito do 1º Mestrado em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, nos termos do Aviso n.º 5622/2016.

A intervenção escolhida pela requerente assenta na definição de procedimentos ao doente com sintomatologia sugestiva de Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência Médico - Cirúrgico do HDJMG onde exerce funções.

2- Objetivos

2.1- Objetivo geral

- Uniformizar procedimentos de enfermagem nos doentes com sintomatologia sugestiva de Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência Médico - Cirúrgico.

2.2- Objetivos específicos

- Identificar sintomatologia de Acidente Vascular Cerebral aquando do momento da Triagem de Manchester.

6



- Encaminhar de forma imediata e com atendimento urgente o doente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral.
- Definir procedimentos de abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral.

3- População alvo- amostra

Serão abordados os enfermeiros da equipa de enfermagem que estejam disponíveis, embora esta disponibilidade seja em função da prestação de cuidados no SU do HDJMG.

4- Tipo de Projeto

O estudo será interventivo, assente num plano formativo.

5- Metodologia de implementação do projeto

A implementação do projeto consistirá num plano formativo teórico dirigido aos enfermeiros do SU do HDJMG que permita a definição de procedimentos a aplicar aos doentes com sintomatologia de AVC para diminuição da sua chegada até ao início do tratamento.

6- Instrumentos de avaliação

Questionário de avaliação das sessões.

7- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto e deliberou o seguinte:

O objetivo do projeto, apresenta relevância que se encontra suficientemente descrita na sumula do protocolo pelo que aqui nos escusamos a repetir.

Quanto às questões éticas e legais as mesmas são as que decorrem de qualquer outra sessão formativa, não existindo outras questões a qui a tratar.

De resto, as sessões formativas destinam-se a formar a equipa de enfermagem do SU do HDJMG na uniformização dos procedimentos que deverão existir na receção de doentes com sintomatologia de AVC e proceder ao seu rápido encaminhamento intra hospitalar, como aliás decorre da Circular n.º 15/2017, de 13/07/2017 da Direção Geral da Saúde.

Por outro lado, não são tratados dados de doentes, pelo que não é necessária a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, delibera emitir parecer favorável e, consequentemente, propõe que seja autorizado a realização do projeto, subordinado ao tema: "Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência."

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- Ao requerente, Sr. Enf. João Luis Lopes Mendes;



INFORMAÇÃO
N. 7/2017, de 16 de janeiro

- Ao Sr. Diretor do Serviço de Urgência, Dr. Hugo Capote; ✓
- À Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço de Urgência, Arminda Pedro; ✓
- À Comissão de Ética. ✓

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.

Anexo: Protocolo do projeto com documentação anexa.

Anexo 4 – Certificado de Participação no Evento Doente Crítico 2017

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

João Luís Lopes Mendes

participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE



(Enfº João Fernandes)

ANEXO 5 – Certificado de Integração na Comissão Organizadora das III Jornadas da Urgência

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que João Mendes integrou a Comissão Organizadora das III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, com a duração de 12 horas, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pe/A Organização



Arminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP



Raul Cordeiro

ANEXO 6 – Certificado de Participação no *Workshop* “Interpretação de Traçados de ECG” nas III Jornadas da Urgência



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que João Luís Lopes Mendes participou no workshop *Interpretação de traçados de ECG*, nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Per Organização

Arminda Pedro

O Presidente do CTC da ESS/IPP

Raul Cordeiro



Anexo 7 – Certificado da Apresentação do Poster com o título “Triagem de Manchester – a influência desmedida aos serviços de urgência”, integrado nas III Jornadas da Urgência



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que João Luís Lopes Mendes apresentou o poster com o título "Triagem de Manchester – a afluência desmedida aos serviços de urgência" integrado nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pe/A Organização

Arminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP

Raul Cordeiro

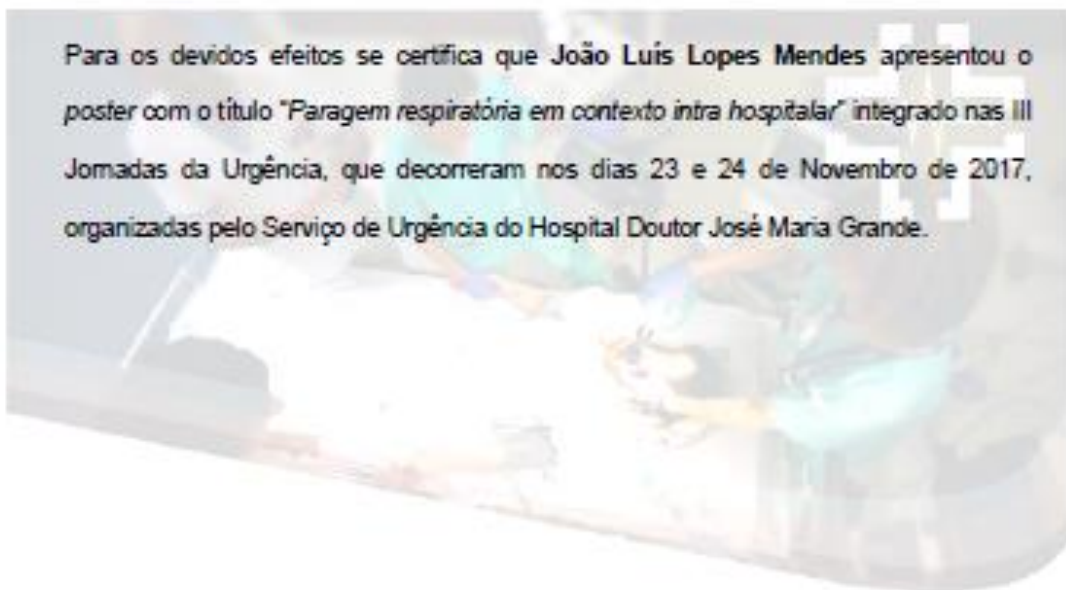


Anexo 8 - Certificado da Apresentação do Poster com o título “Paragem respiratória em contexto intra-hospitalar”, integrado nas III Jornadas da Urgência



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que **João Luís Lopes Mendes** apresentou o poster com o título "*Paragem respiratória em contexto intra hospitalar*" integrado nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.



Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pe/A Organização

Arminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP

Raul Cordeiro



Anexo 9 – Certificado de Preletor na mesa “Transporte do Doente Crítico: Recursos, Práticas e Necessidades”, com o tema “Normas e Boas Práticas no Transporte do Doente Crítico” nas III Jornadas da Urgência



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que João Luís Lopes Mendes foi preletor na mesa *Transporte do doente crítico: recursos, práticas e necessidades*, apresentando o tema *Normas e boas práticas no transporte do doente crítico* nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pe' A Organização

Aminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP

Raul Cordeiro



**Anexo 10 – Certificado de Presença no V Encontro de Enfermeiros Especialistas
em Médico-Cirúrgica**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

João Luís Lopes Mendes,

membro nº 67665 desta Ordem, esteve presente no V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2018, com a duração total de 7 horas, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedrosa Cavaco

Anexo 11 – Certificado de Presença no *Workshop* “Técnicas Dialíticas (Diálise e Diálise Peritoneal) no seu Contexto Prático”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

João Luís Lopes Mendes,

membro nº 67665 desta Ordem, esteve presente no Workshop Técnicas Dialíticas (Diálise e Diálise Peritoneal) no seu Contexto Prático, no dia 19 de Janeiro de 2018, com a duração total de 3 horas, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedrosa Cavaco

**Anexo 12 – Certificado de Conclusão com Aproveitamento o Curso de Formação
Profissional “Suporte Avançado de Vida” da American Heart Association**



Certifica-se que **João Luís Lopes Mendes**, nascido em 28/07/1987, com o Número de Identificação Civil 13281995, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 03/09/2016 a 04/09/2016, com a duração de 16 horas.

Linda-a-Velha, 03 de setembro de 2016

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro



Certificado nº 16079-6/2016

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação profissional contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

// Estabelecer prioridades nos cuidados de SBV entre a aplicação de compressões e a integração do DAE; reconhecer e iniciar o tratamento de imediato nas situações de peri-paragem que possam resultar em paragem cardíaca ou complicar a evolução da reanimação; atuar em situações de bradicardia ou taquicardia; reconhecer uma situação de paragem cardíaca e atuar até ao retorno da circulação espontânea, transferência para o próximo nível de cuidados ou cessação da reanimação; aplicar o algoritmo de SAV, como executante e como líder de equipa; identificar a dor torácica de origem isquémica e agilizar os cuidados ao utente com síndrome coronário agudo; reconhecer outras situações clínicas potencialmente fatais tais como o AVC e aplicar os cuidados iniciais necessários; demonstrar boa comunicação como membro ou líder de uma equipa de reanimação e reconhecer o impacto da dinâmica da equipa sobre o seu desempenho.



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº HORAS
// Avaliação inicial de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida	1
// Paragem respiratória	1
// Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa	1
// Conceito de ressuscitação em equipa	1
// Paragem cardíaca (FWTV sem pulso)	2
// Síndrome coronário agudo	1
// Acidente vascular cerebral	1
// Bradicardia estável e instável	1
// Paragem cardíaca (assistolia e atividade elétrica sem pulso)	2
// Taquicardia estável e instável	1
// Avaliação teórica e de competências	4
Total:	16

APÊNDICES

**Apêndice 1 - Projeto de Intervenção Individual para a Unidade de Cuidados
Intensivos e Intermédios Polivalente**

<p>Demonstrar competências comuns do enfermeiro especialista</p>	<p>Conhecer o espaço físico, a dinâmica da equipa multidisciplinar existente e circuito dos doentes da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre</p>	<p>Conhecer o espaço físico e recursos humanos da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre;</p> <p>Desempenhar funções de acordo com as rotinas do serviço;</p> <p>Ser assíduo e pontual;</p> <p>Reunir, sempre que necessário, com a enfermeira orientadora de modo a delinear qual o método de aprendizagem mais eficiente e eficaz;</p> <p>Estar desperto para a existência de protocolos, assim como cumprir determinadas ações em horários específicos;</p> <p>Interagir com os restantes membros da equipa multidisciplinar, identificando os respetivos domínios;</p> <p>Entender o circuito do doente, desde a sua admissão até à sua transferência;</p> <p>Planear os cuidados de enfermagem baseados no respeito pelo mesmo e família, tendo em conta, sempre que possível os seus valores, crenças e desejos, mantendo a ética profissional.</p>
	<p>Gerir os cuidados de enfermagem ao doente e família, otimizando a</p>	<p>Atualizar conhecimentos de forma constante, na área de desempenho;</p> <p>Conhecer os elementos que constituem a equipa multidisciplinar, assim como a sua área de intervenção;</p>

	resposta da equipa de enfermagem em colaboração com a equipa multidisciplinar	<p>Demonstrar uma atitude assertiva em prol do aumento da qualidade dos cuidados;</p> <p>Adquirir conhecimentos que permitam demonstrar e ensinar as práticas a delegar;</p> <p>Delegar diversas tarefas com conhecimento seguro, respeitando a intervenção dos elementos constituintes da equipa e suas capacidades;</p> <p>Orientar e supervisionar as tarefas delegadas;</p> <p>Prestar cuidados devidamente diferenciados a cada doente e família;</p> <p>Entender o processo saúde/doença e a sua implicação na vida do doente e família;</p> <p>Estabelecer uma relação de ajuda e empatia com doente e família;</p> <p>Informar e esclarecer ao doente e família possíveis dúvidas, respondendo de forma clara e objetiva.</p>
--	---	---

	<p>Demonstrar capacidade de tomada de decisão ética, baseada em valores e normas deontológicas</p>	<p>Apresentar empatia, carisma e interesse;</p> <p>Apresentar e demonstrar espírito de equipa aquando da sua prática clínica assim como na participação de sessões de formação contínua existentes da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre;</p> <p>Desempenhar os cuidados de enfermagem conforme solicitado pelos enfermeiros orientadores;</p> <p>Participar nas atividades propostas do serviço e sempre que solicitado;</p> <p>Basear a prática e tomada de decisão conforme o Código Deontológico;</p> <p>Participar ativamente na tomada de decisão em equipa, sendo reconhecido e consultado nos processos de tomada de decisão.</p>
	<p>Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro</p>	<p>Adotar uma prática conforme os protocolos existentes da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, otimizando a segurança do doente e família;</p> <p>Promover o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente e sua família;</p> <p>Estabelecer uma relação de ajuda entre doente e família, aumentando a confiança e o seu conforto;</p> <p>Ser assertivo nas suas atividades e tomadas de decisão;</p>

		Reconhecer e alertar a necessidade para que sejam respeitadas as medidas de segurança em vigor, favorecendo uma redução de acidentes em serviço.
	Desenvolver o autoconhecimento e assertividade em situação crítica	Refletir sobre si mesmo, de forma constante, proporcionando um aumento do conhecimento enquanto pessoa e enfermeiro atuando em situação crítica; Reconhecer as suas capacidades de atuação, permitindo atuar de modo assertivo e competente; Adquirir capacidade de gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional; Adquirir capacidade de desenvolvimento de respostas rápidas e assertivas no atendimento ao doente crítico; Demonstrar comportamentos que traduzam conhecimentos; Demonstrar capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar; Demonstrar capacidade de atuação em situações imprevistas, gerindo sentimentos e emoções; Demonstrar espírito de iniciativa e motivação na resolução de problemas.

Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	K.1.1 – Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica	Utilizar e adequar os conhecimentos apreendidos durante o curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica; Realizar pesquisa de maior evidência, de forma a melhorar a assistência ao doente crítico através das diversas bases de dados; Possuir capacidades teórico-práticas para agir perante a pessoa em situação emergente/crítica, adquiridas durante a frequência de
	K.1.2 – Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos	formações, workshops e jornadas; Antecipar a sua atuação na prevenção da instabilidade e risco de falência orgânica; Prestar cuidados de enfermagem do mais alto nível de especialização, observando a pessoa de forma holística;
	K.1.3 – Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas	Possuir conhecimentos de atuação individualizados e no seguimento dos protocolos existentes na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente; Identificar diferentes patologias, associando os respetivos sinais e sintomas;

	<p>K.1.4 – Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica</p>	<p>Utilizar técnicas lecionadas e atualizadas na prestação de cuidados diferenciados, conferenciando antecipadamente com a enfermeira orientadora;</p> <p>Possuir capacidade comunicacional com o doente em situação crítica, mesmo em situação de ventilação mecânica, de forma a diminuir a sua ansiedade e promover a sua orientação espaço-temporal;</p> <p>Observar sinais de dor na assistência ao doente crítico, atuando para minimizá-la;</p> <p>Monitorizar continuamente o doente como ser holístico, atualizando a prestação de cuidados;</p>
	<p>K.1.5 – Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde</p>	<p>Promover e coordenar o trabalho em equipa, proporcionando cuidados diferenciados em tempo crítico;</p> <p>Proceder à correta montagem do ventilador, tornando-o apto à rápida conexão de doentes em situação crítica;</p>

	<p>K.1.6 – Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<p>Identificar as principais modalidades ventilatórias, relacionando a modalidade ventilatória com a situação clínica do doente, procedendo ao seu registo nas notas de enfermagem e na folha de passagem de turno;</p> <p>Interpretar e analisar os dados observados no monitor, definindo os respetivos alarmes;</p> <p>Assistir e colaborar no recrutamento pulmonar ao doente ventilado;</p> <p>Realizar colheita de sangue para gasimetria e proceder à sua interpretação;</p> <p>Identificar os diferentes traçados cardíacos, associando os respetivos sinais e sintomas;</p> <p>Identificar patologias cardíacas através do traçado cardíaco apresentado no monitor, procedendo ao seu registo nas notas de enfermagem e na folha de passagem de turno;</p> <p>Demonstrar conhecimentos em situações de PCR, utilizando o Suporte Avançado de Vida;</p> <p>Identificar doentes que possam necessitar de técnicas de hemodiálise;</p> <p>Reconhecer os diferentes tipos de hemodiálise existente;</p> <p>Executar a correta montagem e desmontagem da máquina de hemodiálise;</p> <p>Proceder à correta heparinização dos ramos do cateter de hemodiálise;</p>
--	--	---

		<p>Monitorizar o conteúdo gástrico em doentes com alimentação entérica;</p> <p>Demonstrar conhecimentos na antecipação do agravamento do estado do doente crítico;</p> <p>Demonstrar capacidade em lidar com o processo de luto, incluindo e acompanhando a família.</p>
<p>Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação</p>	<p>K.2.1 – Conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência</p>	<p>Conhecer e refletir com a enfermeira orientadora, o plano de emergência da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre;</p> <p>Discutir com a enfermeira orientadora possíveis respostas da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre em situações de emergência multi-vítima ou catástrofe;</p> <p>Debater diferentes abordagens em que a Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre se veja obrigada a atuar perante situações de emergência</p>
	<p>K.2.2 – Planear a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe</p>	

	K.2.3 – Gerir os cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe	multi-vítima ou catástrofe.
Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção 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	K.3.1 – Conceber um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	<p>Realizar diversas pesquisas acerca da prevenção e controlo de infeção, normas e regras de segurança;</p> <p>Possuir conhecimento do plano de prevenção e controlo de infeção, respeitando as suas normas e indicações;</p> <p>Demonstrar interesse na área de higiene hospitalar, consultando os protocolos existentes na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre;</p> <p>Adequar a prática no cumprimento das normas em vigor da prevenção e do controlo de infeção, nomeadamente aquando da realização dos pensos cirúrgicos, ao cateter venoso central, ao cateter de hemodiálise, ao cateter arterial e aquando da realização de higiene oral para prevenir a Pneumonia Associada à Ventilação;</p> <p>Manusear corretamente o equipamento de proteção individual durante a prestação de cuidados, adequando-o aos diferentes tipos de isolamento;</p>

		<p>Realizar a técnica de aspiração de secreções ao doente ventilado/traqueostomizado segundo as normas de prevenção e controlo de infeção;</p> <p>Manusear equipamento de traqueostomia do doente traqueostomizado segundo as normas de prevenção e controlo de infeção;</p> <p>Manusear corretamente o equipamento de alimentação parentérica e substituí-lo de acordo com as normas de prevenção e controlo de infeção;</p> <p>Possuir conhecimento de medidas alternativas em caso de infeção fora de controlo.</p>
--	--	--

Apêndice 2 – Análise dos Resultados dos Artigos Selecionados

Identificação do Estudo / País onde se realizou / Data	Objetivo do Estudo	Desenho do Estudo	Número e Tipo de Participantes	Intervenção ou Fenômeno de Interesse	Resultados	Conclusões
<p>Artigo 1</p> <p>Noreen Kamal, Shubin Sheng, Ying Xian, Roland Matsouaka, Michael D. Hill, Deepark L. Bhatt, Jeffrey L. Saver, Mathew J. Reeves, Greg C. Fonarow, Lee H. Schwamm, Eric E. Smith – Atrasos nos tempos de “porta-agulha” e a sua repercussão no tempo e nos resultados do tratamento no programa <i>Get With The Guidelines-Stroke</i>.</p> <p>Canadá</p>	<p>Descrever as razões documentadas para os atrasos na realização de trombólise e associar os motivos de atraso aos resultados do doente.</p>	<p>Foram analisados os doentes em que lhes foi administrado alteplase endovenosa nos hospitais que participaram no programa <i>Get With The Guidelines-Stroke</i>, tendo sido excluídos os doentes transferidos e os doentes internados com AVC. Foram avaliados os motivos de elegibilidade, os motivos médicos e os motivos hospitalares para justificar os atrasos no tempo “porta-agulha”.</p>	<p>Foram analisados 55296 doentes que receberam alteplase endovenosa de 1422 hospitais que participaram no programa <i>Get With The Guidelines-Stroke</i> de outubro de 2012 a abril de 2015.</p>	<p>Foi analisada a base de dados do programa <i>Get With The Guidelines-Stroke</i> para descrever os motivos dos atrasos. Foram examinados os tempos de “porta-agulha” em associação com os motivos de atraso registados, as tendências temporais dos doentes com ou sem atrasos registados e a associação entre os atrasos e resultados clínicos intra-hospitalares.</p>	<p>Existiram 22778 doentes (50,2%) que foram tratados dentro dos 60 minutos, 10086 doentes (18,2%) que foram tratados após os 60 minutos e sem atrasos registados e 17432 doentes (31,5%) tratados após 60 minutos com um ou mais motivos de atraso registados.</p> <p>Os atrasos dos tempos de “porta-agulha” foram relacionados com o diagnóstico tardio (mais 36 minutos do que aqueles sem atrasos no diagnóstico), com hipoglicemia</p>	<p>Os atrasos hospitalares e de elegibilidade, como o atraso no diagnóstico e a incapacidade de determinar a elegibilidade, foram associados a tempos de “porta-agulha” mais longos.</p> <p>Melhorar o reconhecimento do AVC e a gestão das comorbilidades agudas pode ajudar na redução dos tempos de “porta-agulha”</p>

<p>2017</p>					<p>ou crise convulsiva (mais 34 minutos do que aqueles sem essas condições).</p> <p>A presença de atrasos registados foi associada a maiores probabilidades de mortalidade intrahospitalar, hemorragia intracraniana sintomática e menor probabilidade de deambulação de forma independente, na alta clínica.</p>	
<p>Artigo 2</p> <p>Charlotte Zerna, Timo Siepman, Kristian Barlinn, Jessica Kepplinger, Lars-Peder Pallesen, Volker Puetz, Ulf</p>	<p>Avaliar a aplicabilidade da segurança e do benefício da trombólise precoce endovenosa nos doentes idosos e o atraso na realização de</p>	<p>Foram analisados retrospectivamente os doentes com AVC selecionados para realização de trombólise endovenosa da rede <i>Telestroke</i> da Saxônia do Leste.</p>	<p>Foram analisados 542 dos 1659 doentes com AVC da rede <i>Telestroke</i> de 2007 a 2012.</p>	<p>Foram incluídos todos os doentes inerentes ao SOS-NET que lhes foi diagnosticado AVC isquémico agudo e que realizaram trombólise endovenosa após</p>	<p>Trinta e três por cento dos doentes tinham mais de 80 anos (idosos). O facto de ser idoso foi associado a um elevado risco de hemorragia intracraniana, a</p>	<p>Nos idosos (> 80 anos), o tempo do início do tratamento no AVC isquémico parece ser crítico para melhores resultados do doente.</p>

<p>Bodechtel – Associação do tempo no resultado após trombólise endovenosa nos idosos da rede <i>Telestroke</i></p> <p>Alemanha</p> <p>2015</p>	<p>procedimentos pré e intra-hospitalares conforme a idade, na rede <i>Telestroke</i></p>	<p>Os dados dos resultados foram a hemorragia intracraniana sintomática, sobrevivência na alta clínica e os seus resultados favoráveis.</p>		<p>consulta telemática durante o período de 5 anos (de julho de 2007 a julho de 2012).</p> <p>Doentes com suspeita clínica de outras patologias além de AVC foram excluídos do estudo (por exemplo, hemorragia intracraniana, neoplasias intracranianas, convulsão epilética, acidentes isquémicos transitórios e distúrbios psicológicos), assim como os doentes que não realizaram trombólise endovenosa após recomendação inicial do neurologista</p>	<p>resultados desfavoráveis e a um aumento da mortalidade.</p> <p>Tempos de tratamentos iniciais mais reduzidos, em doentes não idosos, foram associados a resultados mais favoráveis e a um decréscimo do risco de hemorragia intracraniana.</p> <p>A idade não causou diferenças significativas no tempo de chegada ao hospital, no tempo de chegada ao tratamento e no tempo do início do tratamento.</p>	
---	---	---	--	--	--	--

				e os doentes com ausência de documentação dos resultados.		
<p>Artigo 3</p> <p>Paolo Candelaresi, P. Lattuada, C. Uggetti, R. Daccò, G. Fontana, F. Frediani – Um fluxo de trabalho de alta urgência no acidente vascular cerebral reduz os atrasos intra-hospitalares no acidente vascular cerebral isquémico: uma experiência de centro único</p> <p>Itália</p> <p>2017</p>	<p>Verificar se as intervenções consecutivas adotadas no Serviço de Urgência do Hospital San Carlo Borromeo em Milão, Itália e, particularmente o novo <i>Stroke Code</i>, reduziram significativamente o tempo de “porta-agulha” nos doentes com AVC agudo tratados com trombólise endovenosa</p>	<p>Foram analisadas as intervenções para reduzir o tempo de “porta-agulha” em doentes com AVC selecionados para trombólise endovenosa, no Serviço de Urgência do Hospital San Carlo Borromeo, Milão, Itália.</p>	<p>A presente análise inclui doentes com AVC tratados consecutivamente com trombólise endovenosa de 1 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2015, no Hospital San Carlo Borromeo.</p>	<p>As principais intervenções adotadas foram:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 formação contínua dos profissionais, 2 reconsideração dos exames complementares de diagnóstico solicitados (análises sanguíneas) e identificação dos que realmente afetam na decisão do tratamento, 3 aprovação de um novo fluxo de trabalho de alta urgência que é ativado assim que o enfermeiro da triagem reconheça um potencial candidato a trombólise. 	<p>A comparação global entre 2013 e 2015 mostrou uma redução significativa dos atrasos no hospital para doentes com AVC agudo tratados com trombólise intravenosa e os mesmos entre 2014 e 2015.</p> <p>O aumento da formação contínua dos profissionais envolvidos no tratamento do AVC, levou a um decréscimo de 10 minutos nos tempos de “porta-agulha”, ao passo que a adição de medidas de solicitação de razão normalizada internacional e</p>	<p>Foram apresentados os resultados do novo <i>Code Stroke</i>, o novo fluxo de trabalho de alta urgência adotado no Serviço de Urgência do Hospital San Carlo Borromeo.</p> <p>Adotando mudanças consecutivas que vão desde a formação contínua dos profissionais até à administração da terapêutica trombolítica diretamente na sala de realização de TAC, foi importante para a redução do tempo de “porta-agulha”, com 38% dos doentes</p>

					<p>glucose, conjuntamente com a informação por telefone da contagem de plaquetas, levaram a uma diminuição geral de 17 minutos em relação a 2013 e ao início do ano 2014.</p> <p>A aprovação do <i>Code Strok</i> levou a uma redução altamente significativa dos tempos médios de “porta-agulha” em comparação com qualquer um dos períodos anteriores.</p> <p>Em termos de segurança, não foi observado nenhum aumento do risco de transformação hemorrágica sintomática ou dos óbitos.</p>	<p>tratados em 30 minutos após a sua chegada ao hospital e 80% dos doentes tratados em 60 minutos.</p>
--	--	--	--	--	---	--

					Considera-se que foi observado um aumento da probabilidade de melhores resultados numa avaliação a 3 meses.	
<p>Artigo 4</p> <p>Moges Seyoum Ido, Ike S. Okosun, Rana Bayakly, Lydia Clarkson, James Lugtu, Sanita Floyd, Kerrie Krompf, Michael Frankel - Tempo de “Porta-Agulha” para Administração do Ativador do Plasminogénio Tecidual Endovenoso e Duração do Internamento nos Doentes com AVC Agudo na Geórgia, de 2007-2013</p> <p>Geórgia</p>	<p>Avaliar o impacto dos tempos de “porta-agulha” mais reduzidos sobre a duração do internamento hospitalar do doente e avaliar o seu efeito nas complicações hemorrágicas, no estado de mobilidade do doente e o diagnóstico da alta clínica.</p>	<p>Foi avaliado o impacto do tempo de “porta-agulha” no tempo de permanência hospitalar, no diagnóstico da alta, no status de mobilidade na alta clínica e nas complicações hemorrágicas, com controlo nas características relacionadas com o doente, com o hospital e com o próprio evento.</p>	<p>Foram analisados os dados de 3154 doentes com AVC isquémico tratados com trombólise endovenosa de 2007 a 2013.</p>	<p>Foram analisados os dados dos registos médicos ao longo de 7 anos (2007 a 2013).</p> <p>O dado de interesse primário foi o tempo de permanência hospitalar avaliado em dias; também sendo analisada o diagnóstico da alta, complicações hemorrágicas após a administração do ativador do plasminogénio tecidual endovenoso (hemorragia potencialmente fatal e hemorragia</p>	<p>Os doentes que lhes foi administrado trombólise endovenosa em 30 minutos após a entrada na unidade hospitalar apresentaram resultados 95% superiores no tempo de internamento do que aqueles tratados após 120 minutos da sua chegada ao hospital.</p> <p>Os doentes tratados em 60 minutos após a sua chegada ao hospital tinham uma probabilidade 27% superior para ser independente</p>	<p>Unidades hospitalares que participaram num registo de acidentes vasculares cerebrais para melhoria da qualidade, conseguiram reduzir o seu tempo de “porta-agulha”.</p> <p>Tempos de “porta-agulha” mais reduzidos foram associados a uma redução da mortalidade, diagnóstico na alta clínica mais favorável e melhor estado de mobilidade na alta clínica.</p>

<p>2016</p>				<p>cerebral sintomática) e o estado de deambulação do doente na alta clínica.</p> <p>O diagnóstico da alta foi classificado em 3 categorias: falecimento no hospital ou alta para uma unidade de cuidados paliativos, alta para um centro de cuidados agudos ou crônicos, mas não hospitalar, e alta clínica para o domicílio.</p> <p>Da mesma forma, o estado mobilidade na alta foi classificado em três categorias: mobiliza-se, sem ajuda de terceiros (com ou sem auxiliar de marcha), mobiliza-</p>	<p>na mobilização do que aqueles tratados após 60 minutos da sua chegada, apresentando igual percentagem nas probabilidades de complicações hemorrágicas.</p>	<p>Os hospitais devem ser encorajados a monitorizar o tempo de “portagulha” como medida de avaliação da qualidade do tratamento do AVC isquémico.</p>
--------------------	--	--	--	---	---	---

				<p>se com ajuda de terceiros ou incapaz de se mobilizar.</p> <p>A complicação hemorrágica foi uma variável dicotômica.</p> <p>Foram excluídos os doentes que se apresentavam com medidas de conforto, alta contra parecer médico, doentes sem destino de alta registado, doente com AVC já iniciado no internamento hospitalar, doentes tratados com terapêutica trombolítica intra-arterial ou terapêutica experimental, doentes que lhes foi administrado terapêutica</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				trombolítica e que foram transferidos para outra unidade hospitalar e os doentes que lhes foi administrada a terapêutica trombolítica após 270 minutos do início sintomatológico.		
<p>Artigo 5</p> <p>Rajiv Advani, Halvor Naess, Martin W. Kurz - <i>A Golden Hour do Acidente Vascular Cerebral Isquémico Agudo</i></p> <p>Noruega</p> <p>2017</p>	<p>Avaliar se a diminuição do tempo “porta-agulha” foi associada ao aumento do número de doentes tratados num período inferior a 60 minutos.</p> <p>Como objetivos secundários, avaliar os resultados clínicos dos doentes e constatar se um tratamento mais atempado se</p>	<p>Foram analisados os números de tratamentos anuais na <i>Golden Hour</i> e os seus resultados clínicos no Hospital Universitário de Stavange, no período de 2009 a 2015.</p>	<p>Todos os tratamentos com trombólise endovenosa no Hospital Universitário de Stavanger durante o período de 2009 a 2015 (total de 613) estão incluídos, independentemente da idade, sexo, outras comorbidades e gravidade do AVC no momento da admissão.</p> <p>Conforme as diretrizes, a</p>	<p>Através da base de dados foi possível calcular diversas variáveis-chave, nomeadamente o tempo de “porta-agulha”, o tempo de início da administração da trombólise, NIHSS no momento da admissão e no momento da alta clínica.</p> <p>Utilizando estas variáveis foi possível verificar o número de doentes tratados</p>	<p>Foram totalizados 613 doentes, sendo que 73 foram tratados dentro da <i>Golden Hour</i>.</p> <p>A percentagem dos tratamentos totais de trombólise endovenosa ocorridos na <i>Golden Hour</i> aumentou de 2,2% em 2009 para 14,5% em 2015, com um pico de 18,3% em 2012.</p> <p>Todos os doentes apresentavam um NIHSS médio de 0</p>	<p>Conclui-se que melhores prestações no tratamento levaram a um aumento do número de doentes tratados na <i>Golden Hour</i>.</p> <p>O tratamento na <i>Golden Hour</i> tem excelentes resultados em todos os doentes, independentemente da idade e comorbidade pré-existente.</p>

	correlaciona com um aumento dos resultados clínicos		<p>trombólise endovenosa foi administrada nas 4,5 horas a contar desde o início sintomatológico.</p> <p>Estes números incluem todos os diagnósticos semelhantes ao AVC isquémico (tanto médicos como funcionais) no momento da admissão.</p>	dentro da <i>Golden Hour</i> (inferior a 60 minutos) desde o ano de 2009 até 2015.	<p>no momento da alta clínica, independentemente da idade e comorbidade pré-existente.</p> <p>Não existiu incidência de hemorragia intracraniana sintomática e a mortalidade intra-hospitalar foi de apenas de 2,7% neste grupo.</p>	
<p>Artigo 6</p> <p>Dae-Hyun Kim, Hee-Joon Bae, Moon-Ku Han, Beom Joon Kim, Sang-Soon Park, Tai Hwan Park, Kyung Bok Lee, Kyusik Kang, Jong-Moo Park, Youngchai Ko, Soo Joo Lee, Jay Chol Choi, Joon-Tae Kim, Ki-Hyun Cho,</p>	<p>Examinar se o acesso direto a hospitais que administram trombólise endovenosa está associado a melhores resultados funcionais nos doentes com AVC isquémico agudo, tratados com trombólise endovenosa.</p>	<p>Foram registados doentes submetidos a trombólise endovenosa nas 4,5 horas após o início dos sintomas, utilizando uma base de dados prospetiva de registo multicêntrico.</p> <p>Os resultados clínicos dos</p>	<p>Foi analisado um total de 820 doentes inscritos.</p>	<p>Foi utilizada uma base de dados da <i>Clinical Research Center for Stroke-5</i> que auxilia num registo prospetivo para doentes com AVC isquémico admitidos em 12 hospitais universitários na Coreia.</p> <p>A partir do registo do AVC na base de dados, foram</p>	<p>Dos 10501 doentes registados com AVC isquémico na base de dados <i>Clinical Research Center for Stroke-5</i>, 994 (9,5%) receberam tratamento com ativador de plasminogénio tecidual recombinante endovenoso em 12 hospitais.</p>	<p>Este estudo apoia que, na Coreia, a admissão direta em unidades de AVC organizadas que ofereçam tratamento com ativador de plasminogénio tecidual recombinante endovenoso conforme o tempo preconizado</p>

<p>Keun-Sik Hong, Yong-Jin Cho, Dong-Eog Kim, Jun Lee, Juneyoung Lee, Mi Sun Oh, Kyung_Ho Yo, Byung-Chul Lee, Hyun-Wook Nah, Jae-Kwan Cha - A admissão direta nas unidades de AVC reduz o atraso no tratamento e melhora o desfecho clínico após a trombólise endovenosa</p> <p>Coreia do Sul</p> <p>2015</p>		<p>doentes encaminhados diretamente para unidades de AVC organizadas foram comparados com os doentes transferidos de hospitais que não administram trombólise, 90 dias após o tratamento com o ativador de plasminogénio tecidual recombinante endovenoso.</p> <p>Foi também analisado o tempo de chegada à unidade de AVC organizada e o tempo de início do tratamento trombolítico, de acordo com o modo de admissão.</p>		<p>identificados os doentes com AVC isquémico tratados com ativador de plasminogénio tecidual recombinante endovenoso nas 4,5 horas iniciais desde janeiro de 2011 e dezembro de 2012.</p> <p>Os critérios de elegibilidade para este estudo foram: ¹doente com AVC isquémico que deu entrada na sala de emergência, ²idade superior a 18 anos, ³doentes cujo AVC isquémico não foi iniciado durante o internamento, ⁴pontuação de 0-2 segundo a Escala de Rankin Modificada, ⁵sem transferência após administração do ativador de</p>	<p>Dos 820 doentes selecionados, 463 doentes (56,5%) apresentaram um desfecho favorável após 3 meses do início dos sintomas.</p> <p>Comparativamente ao grupo de admissão direta, o grupo de admissão indireta obteve resultados mais baixos, conforme a Escala de Rankin Modificada com valores entre 0 e 2 (58,2% versus 48,6%, respetivamente).</p>	<p>está associada a melhores resultados do doente conforme o tempo de início do tratamento trombolítico.</p>
---	--	---	--	---	--	--

				plasminogénio tecidual recombinante endovenoso em hospitais externos e ⁶ disponibilidade do resultado da Escala de Rankin Modificada após 3 meses.		
<p>Artigo 7</p> <p>Yan Zhou, Zhoujun Xu, Jiali Liao, Fangming Feng, Lai Men, Li Xu, Yanan He, Gang Li</p> <p>- Novo fluxo de trabalho de cooperação padronizado em enfermagem para redução dos atrasos da administração de trombólise nos doentes com AVC isquémico agudo</p> <p>República da China</p>	<p>Avaliar a eficácia de um novo fluxo de trabalho de cooperação padronizado em enfermagem, nos doentes com AVC isquémico agudo, para redução dos atrasos na administração de trombólise.</p>	<p>Foram analisados os doentes com AVC isquémico agudo que receberam tratamento trombolítico no período de março a setembro de 2015, denominando-se o grupo T0.</p> <p>O grupo de intervenção T1 consistiu em doentes com AVC isquémico agudo que foram abordados segundo o novo fluxo de trabalho de</p>	<p>Participaram neste estudo um total de 1401 doentes.</p> <p>No período de março a setembro de 2015, foram incluídos 689 doentes no grupo T0 mas apenas 88 deles receberam trombólise na janela de tempo recomendado - 60 minutos – por tempo desperdiçado para a administração da terapêutica trombolítica.</p>	<p>A informação foi recolhida através das seguintes variáveis:</p> <p>¹administração ou não de trombólise, ²tempo até realização de TAC e ³tempo de “porta-agulha”.</p> <p>Foi nomeado para o grupo T, um coordenador de enfermagem que apoiou na colaboração dos exames complementares de diagnóstico.</p>	<p>O tempo médio do tempo de chegada ao serviço de urgência até realização de TAC foi de 38,67, ± 5,21 minutos no grupo T0, enquanto que no grupo T1 foi de 14,39 ± 4,35 minutos; os valores médios do tempo de chegada ao TAC foram de 55,06 ± 4,82 minutos e 30,26 ± 3,66 minutos; os valores médios do tempo de “porta-agulha” foram de 100,43 ± 6,05 minutos e 55,68</p>	<p>O novo fluxo de trabalho de cooperação padronizado em enfermagem reduziu significativamente os atrasos da administração de trombólise nas situações de AVC no serviço de urgência.</p> <p>É recomendada formação em serviço para os profissionais de saúde de outros hospitais para o benefício desta</p>

2017		cooperação padronizada em enfermagem para administração de trombólise endovenosa no serviço de urgência do Shanghai East Hospital em Xangai, República Popular da China, de outubro de 2015 a março de 2016.	No período de outubro de 2015 a março de 2016, foram incluídos 712 doentes no grupo T1, tendo 231 deles recebido trombólise durante a janela terapêutica recomendada.	Além disso, um profissional de enfermagem foi enviado imediatamente da unidade de acidentes vasculares cerebrais para o serviço de emergência para auxiliar no tratamento trombolítico.	± 3,62 minutos, respetivamente; o tempo de administração de trombólise foi melhorado de 12,8% no grupo T0 para 32,5% no grupo T1. Além disso, o novo fluxo de trabalho de cooperação padronizado em enfermagem diminuiu os valores segundo a avaliação das 24 horas da escala NIHSS.	nova e ampla abordagem.
-------------	--	--	---	---	---	-------------------------

Apêndice 3 – Documento para o Levantamento das Disponibilidades dos Enfermeiros para Comparência nas Sessões Formativas

Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência

Projeto Individual integrado no Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Pedimos a todos os colegas enfermeiros que coloquem, conforme os dias descritos, a sua disponibilidade para comparecer às formações planeadas.

Agradecemos a vossa presença.

Dia 29 de janeiro	Dia 30 de janeiro	Dia 31 de janeiro

Duração: 1 hora.

Local: a definir.

Formadores: João Mendes e Madalena Freitas.

Apêndice 4 – Sessão Formativa Intitulada “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”

PESSOA EM **SITUAÇÃO CRÍTICA** COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:

Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência

João Mendes | Madalena Freitas

janeiro de 2018

Sumário

OBJETIVOS

CONCEITOS

Acidente Vascular Cerebral
Via Verde AVC
Escala de Cincinnati
Exames Complementares de
Diagnóstico e Terapêutica
Fibrinólise

METODOLOGIA

Metodologia PICO

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS

ENCAMINHAMENTO DO DOENTE

DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

CONCLUSÃO

BIBLIOGRAFIA

Objetivos

No âmbito do Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: **Pessoa em Situação Crítica**:

- Projeto formativo
 - Definir procedimentos ao doente com sintomatologia sugestiva de AVC no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica da ULSNA
 - Identificar sintomatologia de AVC aquando do momento da Triagem de Manchester;
 - Encaminhar de forma imediata e com carácter urgente o doente com suspeita de AVC;
 - Definir procedimentos de abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de AVC.

1. CONCEITOS

Definição de conceitos e factos

Acidente Vascular Cerebral

- Défice Neurológico súbito, motivo por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central;
- Oclusão de uma artéria cerebral por coágulo ou rutura;
- Diminuição ou ausência do aporte sanguíneo, levando à morte celular.

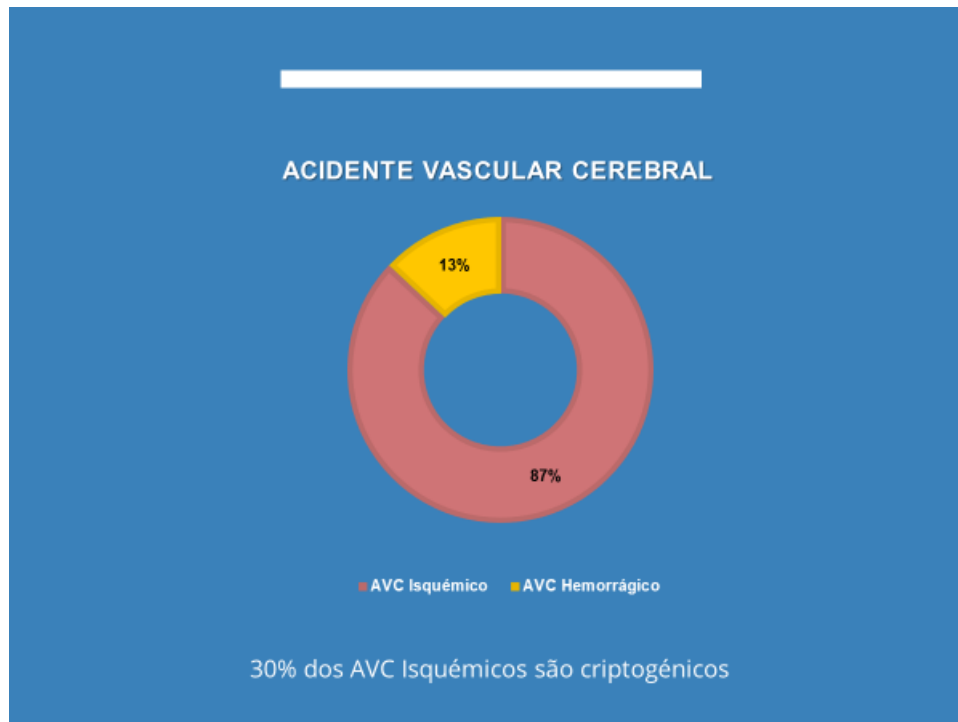
Coordenação Nacional para as Doenças Cerebrovasculares (2007) e American Heart Association (2018)

Acidente Vascular Cerebral

O **AVC** é classificado em diferentes tipos:

- **AVC Isquêmico** – interrupção do fluxo sanguíneo a uma determinada área do cérebro (trombos ou êmbolos - fibrilhação auricular/aterosclerose das artérias do tórax e pescoço) ;
- **AVC Hemorrágico** – rutura de um vaso sanguíneo, comprimindo o tecido neurológico circundante (aneurismas/malformações arteriovenosas);
- **Acidente Isquêmico Transitório** – interrupção temporária, não provocando consequências permanentes;
- **AVC Criptogénico** – ocorre perante uma causa desconhecida (fibrilhação auricular/trombofilia/aterosclerose).

American Heart Association (2018)



Via Verde AVC

- Estruturação e implementação da **Via Verde Coronárias e Via Verde AVC** pelos hospitais nacionais (DGS, 2015).
- “Estratégia organizada para a **abordagem, encaminhamento e tratamento** mais adequado, planeado e expedido, nas fases pré e intra-hospitalares” (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007).
- **Circuitos devidamente estruturados**, intensificando a importância de **inexistência de atrasos** no acesso da pessoa com sintomatologia sugestiva de à entrada e de uma unidade adequada e início de tratamento (DGS, 2017).

■ Escala de Cincinnati

- Habitualmente utilizada no pré-hospitalar;
- Composta pela realização e avaliação de **três testes**:
 - Paralisia facial,
 - Queda de um braço,
 - Alteração da fala.
- Escala de utilização rápida e sucinta, com **alta sensibilidade e especificidade** para candidatos à terapia fibrinolítica.

■ Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

- **Diagnóstico precoce** através da imagem cerebral e sua interpretação.
- **Identifica** tamanho, localização e distribuição da isquemia cerebral, hemorragia, oclusão de artérias de grande calibre e respetiva gravidade.
- A **TAC sem contraste** é o exame suficiente para identificação de contraindicações para fibrinólise, permitindo a sua administração atempada.

Jauch *et al.* (2013)

Fibrinólise

- **Terapia recomendada** para o doente com AVC isquémico, sendo possível alcançar uma **remissão total da sintomatologia neurológica** e um aumento exponencial das **probabilidades de uma completa recuperação**.
- Com indicação de administração do ativador recombinante do plasminogénio tecidual endovenoso, este deve ser **iniciado o mais brevemente possível**.
- O tempo de "porta-agulha" para administração em bólus é de **60 minutos**, com alargamento da janela terapêutica até **3 – 4,5 horas** (endovenosa) e até **6 horas** (intra-arterial) após o início sintomatológico.

Jauch *et al.* (2013)

Fibrinólise

- **Altaplaste** – administrado no EAM e no tratamento agudo do AVC isquémico.
- Convertem o plasminogénio em plasmina, a qual degrada a fibrina dos coágulos.

Fibrinólise

Cuidados de enfermagem:

- Iniciar a terapêutica mais precocemente possível, puncionando dois acessos periféricos antes do seu início;
- Monitorizar continuamente sinais vitais, incluindo temperatura;
- Avaliar ocorrência de 15/15 minutos durante a primeira hora após administração e de 15 – 30 minutos durante as 8 horas seguintes;
- Vigiar ocorrência de hemorragias nos locais de procedimentos invasivos ou orifícios corporais;
- Vigiar diminuição do estado neurológico, dor abdominal com vômitos associados ou fezes de coloração escuras, hematúria e dores articular – hemorragia interna/hemorragia intracraniana;

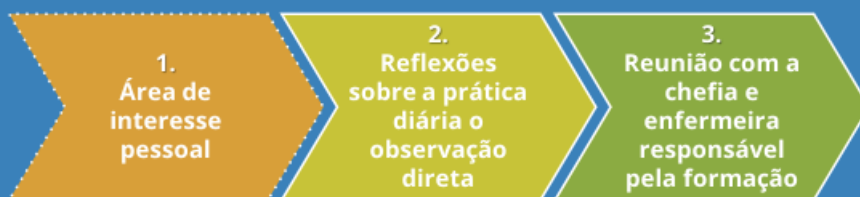
Fibrinólise

Cuidados de enfermagem:

- Suspender de forma imediata a administração da terapêutica se hemorragias não controladas, comunicando ao médico;
- Avaliar reações de hipersensibilidade (*rash* cutâneo, dispneia, febre, alterações da coloração facial, edema periorbital e asma);
- Colocação do carro de emergência próximo do doente por risco de reação anafilática;
- Evitar procedimentos invasivos durante a administração da terapêutica. Se inevitáveis, realizar hemóstase durante, pelo menos, 30 minutos;
- Evitar a punção venosa em locais não compressíveis: jugular e subclávia.

2. METODOLOGIA DO PROJETO

METODOLOGIA





METODOLOGIA PICO

PICO P – Participantes; I – Intervenção; C – Comparação; O – Outcomes. <i>Qual a influência do tempo de atendimento no doente com AVC isquémico na sua recuperação?</i>	Pesquisa EBSCOhost <ul style="list-style-type: none">o Strokeo Door to treatment timeo Outcomes	Artigos Período de 2015-2017 Acesso ao texto integral Total de 15 artigos <ul style="list-style-type: none">o 6 excluídos pela temáticao 2 não se encontravam disponíveis Total: 7 artigos.
---	---	---

3. **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

3.1 **IDENTIFICAR SINTOMATOLOGIA**

Ativação da Via Verde AVC na
Triagem de Manchester

Identificar sintomatologia na Triagem

- Muitos dos enfermeiros desconhecem que aplicam testes que se baseiam em **escalas devidamente elaboradas e fidedignas**.
- As **avaliações** testam a paralisia facial (desvio da comissura labial), queda de um braço e a alteração da fala (Kotari *et al.*, 1999).
- Se um das avaliações efetuadas apresentar alterações, a opção "Alteração do Estado de Consciência de novo" fica validada – **ativada a Via Verde AVC** no Sistema de Triagem de Manchester.
- Se uma alteração estiver presente, a probabilidade de AVC é de 72%. A presença de alterações nas três avaliações significa uma **probabilidade acima de 85%** (American Heart Association, 2011).

Identificar sintomatologia na Triagem



	<p>Fechar os olhos e proceder à extensão dos membros superiores de forma reta, em posição supina, durante aproximadamente dez segundos.</p> <p><u>Normal:</u> Mobiliza os membros superiores de igual forma</p> <p><u>Anormal:</u> Não consegue mobilizar um dos membros superiores ou apresenta um desnível comparativamente ao outro membro.</p>
	<p>Mostrar os dentes ou sorrir.</p> <p><u>Normal:</u> Consegue mover os dois lados do rosto de forma simétrica</p> <p><u>Anormal:</u> Uma parte do rosto não se move de igual forma relativamente à outra.</p> <p>Dizer, por exemplo, a sua morada.</p> <p><u>Normal:</u> Comunica através de palavras, não apresentando qualquer dificuldade em comunicar e as palavras são corretamente pronunciadas.</p> <p><u>Anormal:</u> Pronúncia de palavras com pouca dicção, fala arrastada ou falta de capacidade em comunicar verbalmente.</p>

Tabela 1: Escala de Cincinnati, adaptada de Kotari *et al.* (1999).

3.2

ENCAMINHAMENTO

Encaminhamento urgente do doente com sintomatologia de AVC

Encaminhamento urgente do doente com sintomatologia de AVC

- O encaminhamento urgente e correto do doente com sintomatologia de AVC deve estar devida e previamente traçado, contribuindo para a inexistência de atrasos desnecessários – terapêutica fibrinolítica.
- A inexistência de procedimentos previamente definidos são os principais fatores que contribuem para os atrasos no atendimento do doente (Kamal N., *et al.*, 2017).
- Estes atrasos resultam num aumento das probabilidades de mortalidade intra-hospitalar, Hemorragia IC e menor probabilidade de deambulação de forma independente no momento de alta (Kamal N., *et al.*, 2017).

Encaminhamento urgente do doente com sintomatologia de AVC

- É necessário criar novos fluxos de trabalho, contribuindo para a diminuição dos tempos de transferência – proporcionar um tratamento atempado (Zhou Y. *et al.*, 2017).
- Definir fluxos de trabalho e aumentar a formação dos profissionais leva a uma diminuição de 10 minutos até ao tratamento final do doente (Advani R. *et al.*, 2017).
- Contrui para um aumento de aproximadamente 30% da sua independência ao final de três meses (Candelaresi P., *et al.*, 2017).
- Foi estruturado para o SUMC da ULSNA um caminho que o doente poderá realizar para redução do tempo de “porta-agulha”.

Encaminhamento urgente do doente com sintomatologia de AVC



3.3

DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Abordagem do enfermeiro ao doente com sintomatologia de AVC

Abordagem do enfermeiro ao doente com sintomatologia de AVC

- Objetivos prioritários: rápida avaliação, estabilização imediata, avaliação neurológica e transporte do doente (Jauch et al., 2013).
- Avaliação primária é constituída por cinco passos sequenciais:
 - A – *Airway* – Permeabilização da Via Aérea,
 - B – *Breathing* – Ventilação e Oxigenação,
 - C – *Circulation* – Assegurar a Circulação com Controlo de Hemorragia,
 - D – *Disability* – Disfunção Neurológica,
 - E – *Expose/Environment* – Exposição com Controlo de Temperatura.(INEM, 2012)
- A realização desta avaliação sequencial deve ser de apenas **60 – 90 segundos**.

Abordagem do enfermeiro ao doente com sintomatologia de AVC

A - Permeabilização da Via Aérea	° Permeabilizar via aérea
B - Ventilação e Oxigenação	° Posicionar o doente em decúbito dorsal com elevação da cabeceira entre 15° a 30°; ° Manter SpO2 > 94%.

Abordagem do enfermeiro ao doente com sintomatologia de AVC

C - Assegurar a Circulação com Controlo de Hemorragia	° Proceder à monitorização cardíaca, pelo menos nas primeiras 24 horas; ° <u>Se hipotensão (Tensão Arterial [TA] Sistólica < 120 milímetros de mercúrio [mmHg]):</u> <ul style="list-style-type: none">· Posicionar o doente em decúbito dorsal puro;· Estabelecer acesso periférico para administração de soroterapia (soro fisiológico 0,9%) com velocidade da perfusão dependente das necessidades hídricas;· Administrar vasopressores, se prescrito. ° <u>Se hipertensão:</u> <ul style="list-style-type: none">· Manter hipertensão relativa nas primeiras 24 horas, exceto:<ul style="list-style-type: none">• Se TA > 220/120mmHg;• Se condição médica específica. ° Manter TA < 185/110mmHg para administração de terapêutica fibrinolítica; ° Manter TA < 180/105mmHg após administração do ativador recombinante do plasminogénio tecidual.
--	---

Abordagem do enfermeiro ao doente com sintomatologia de AVC

D - Disfunção neurológica	<ul style="list-style-type: none">◦ Avaliar neurologicamente segundo a National Institutes of Health Stroke Scale;◦ Manter valores de glicémia capilar entre 140 a 180 miligramas por decilitro;◦ Se défices neurológicos transitórios (AIT), realizar novo controlo de imagem cerebral 24 horas após o início sintomatológico.
E - Exposição com Controlo de Temperatura	<ul style="list-style-type: none">◦ <u>Se hipertermia:</u><ul style="list-style-type: none">· Realizar intervenções farmacológicas e mecânicas;· Despistar consequências secundárias (endocardite infecciosa, pneumonia, infeção do trato urinário ou sépsis).

Abordagem do enfermeiro ao doente com sintomatologia de AVC

Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	<ul style="list-style-type: none">◦ Realizar TAC sem contraste:<ul style="list-style-type: none">· Até 45 minutos após a sua entrada no SU;
Fibrinólise	<ul style="list-style-type: none">◦ Administrar terapêutica fibrinolítica em tempo de “porta-agulha” < 60 minutos após a chegada do doente ao serviço:<ul style="list-style-type: none">· Alargamento da janela terapêutica de 3 horas a 4,5 horas para fibrinólise endovenosa e até 6 horas para fibrinólise intra-arterial;

Abordagem do enfermeiro ao doente com sintomatologia de AVC

Transporte	<ul style="list-style-type: none">◦ Transportar o doente de uma U-AVC Nível B para uma U-AVC Nível A;◦ Transporte aéreo prioritário se tempo de transporte terrestre > 1,5 horas;◦ Realizar todos os esforços de forma a evitar qualquer tipo de atraso.
Outros Fármacos	<ul style="list-style-type: none">◦ <u>Administração de anticoagulantes:</u><ul style="list-style-type: none">◦ Não diminui o risco de complicações neurológicas e aumenta o risco de complicações hemorrágicas;◦ Aspirina não é recomendada como substituto de outras intervenções para o tratamento do AVC;◦ <u>Administração de estatinas:</u><ul style="list-style-type: none">◦ Devem ser continuamente administradas durante o período agudo se o doente já realizar este tipo de tratamento no domicílio.

4. CONCLUSÃO

Conclusão

- Para diminuição do tempo de permanência nos serviços inadequados até ao tratamento de reperfusão, é necessário proceder à criação de fluxos de trabalho – redução do tempo “portagulha”.
- Sistema Nacional de Saúde – Serviços organizado de diferentes formas. Princípios mantidos: preparação, integração e destaque na pontualidade .
- “Tempo é cérebro”: 1 minuto de isquémia = perda de 2 milhões de neurónios. Assim sendo, o tempo de início da reperfusão está intimamente relacionado com resultados mais favoráveis.

Conclusão

Enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros:

- **Satisfação do cliente** – contribui para elevados níveis de satisfação do doente e minimiza o impacto da doença na pessoa;
- **Prevenção de complicações** – previne complicações para o doente assim como intervém na identificação de problemas, na prescrição de intervenções de enfermagem, no rigor científico e na referenciação de situações problemáticas identificadas;
- **Organização dos cuidados de enfermagem** – contribui para máxima eficácia dos cuidados de enfermagem através da existência de um sistema de melhoria do exercício profissional, da satisfação dos enfermeiros, política de formação continua dos enfermeiros e utilização de metodologias de organização.

(OE, 2001)

5. BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. [Web page] Lisboa: DGS; 2017 [Acedido a 2 de dezembro de 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>.
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares. [Web page] Lisboa: DGS; 2017 [Acedido a 21 de dezembro de 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
- Jauch E., *et al.*. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. [Web page] American Heart Association; 2013 [Acedido a 06 de novembro de 2017]. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2013/01/31/STR.0b013e318284056a.full.pdf?download=true>.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Lisboa: Alto Comissário da Saúde; 2007.
- American Heart Association. What is Stroke. [Web page] Dallas: American Heart Association; 2018 [Acedido a 03 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/AboutStroke_UCM_308529_SubHomePage.jsp.
- American Heart Association. Ischemic Strokes (Clots). [Web page] Dallas: American Heart Association; 2017 [Acedido a 03 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/IschemicClots/Ischemic-Stroke-Clots_UCM_310939_Article.jsp#.WmqyfqhLIV.
- American Heart Association. Potential Causes. [Web page] Dallas: American Heart Association; 2018 [Acedido a 03 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/Professionals/CryptogenicStrokeInitiative/Medtronic-Cryptogenic-Stroke-Initiative_UCM_473504_SubHomePage.jsp.
- National Stroke Association. What is Stroke?. [Web page] Centennial: National Stroke Association; 2018 [Acedido a 03 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke>.

Bibliografia

- Mistério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. [Web page] Lisboa: DGS; 2015 [Acedido a 10 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA1.NORMA002_2015.pdf.
- Kothari R., Pancioli A., Liu T., Brott T., Broderick J.. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: Reproducibility and Validity. Cincinnati: Annals of Emergency Medicine; 1999.
- American Heart Association. Stroke is an Emergency! – Code Stroke: Assess, Alert, Arrive. [Web page] American Heart Association; 2011 [Acedido a 03 de dezembro de 2017]. Disponível em: https://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm_454087.pdf.
- Kamal N., *et al.*, Delays in Door-to-Needle Times and Their Impact on Treatment Time and Outcomes in Get With The Guidelines-Stroke. American Heart Association; 2017.
- Zhou Y., *et al.*, New standardized nursing cooperation workflow to reduce stroke thrombolysis delays in patients with acute ischemic stroke. Shanghai: Neuropsychiatric Disease and Treatment; 2017.
- Advani R., Naess H., Kurz M.. The golden hour of acute ischemic stroke. Stavanger: Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine; 2017.
- Candelaresi P., *et al.*, A high-urgency stroke code reduces in-hospital delays in acute ischemic stroke: a single-centre experience. Milan: Neurol Sci; 2017.
- Elvas I., *et al.*, Abordagem à Vítima. 1. Ed. Instituto Nacional de Emergência Médica; 2012.
- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. [Web page]. Ordem dos Enfermeiros; 2001 [Acedido a 17 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Muito Obrigado!

Apêndice 5 – Plano de Sessão de Formação Intitulada “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Local: Sala de Pausa do Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre.

Título: Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral [AVC]: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência.

Grupo: Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da ULSNA.

Data: 29/01/2018

Hora: 14:00 horas

Duração: 1 hora.

Formador: João Mendes e Madalena Freitas.

Objetivos:

Geral:

- Reconhecer a importância da definição de procedimentos ao doente com sintomatologia sugestiva de AVC no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da ULSNA.

Específicos:

- Apresentar instrumentos facilitadores na identificação de sintomatologia de AVC aquando do momento da Triagem de Manchester;
- Elucidar sobre o encaminhamento imediato e urgente do doente com suspeita de AVC;
- Explicar os procedimentos da abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de AVC.

Conteúdos/Estratégias	Métodos / Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
1 – Introdução: <ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos formadores;• Apresentação do tema e respetivo sumário.	Expositivo	Computador / Multimédia	± 5min. João Mendes, Madalena Freitas
2 – Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none">• Definição de conceitos (AVC, Via Verde AVC, Escala de Cincinnati, Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e fibrinólise);• Apresentação da metodologia do trabalho realizado;• Identificação de sintomas de AVC;	Interrogativo /Expositivo	Computador / Multimédia	± 40min. João Mendes, Madalena Freitas

<ul style="list-style-type: none"> Definição do encaminhamento do doente com sintomatologia sugestiva de AVC no SU; Definição de procedimentos de enfermagem ao doente com sintomatologia sugestiva de AVC no SU. 			
<p>3 – Conclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resumo e elucidação da temática; Esclarecimento de dúvidas. 	Interrogativo /Expositivo	Computador / Multimédia	<p>± 15min.</p> <p>João Mendes, Madalena Freitas</p>
<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Questões acerca da temática abordada. 			
<p>Observações:</p>			

Apêndice 6 – Folha de Avaliação da Sessão “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência” para o Formando

Folha de Avaliação para o Formando

Avaliação da sessão de formação

Sessão: “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”

Formadores: João Mendes,
Madalena Freitas.

A sua opinião é importante, agradece-se desde já a colaboração no preenchimento do questionário para que possamos melhorar.

- Utilização de uma escala de avaliação de 1 a 4 sendo:
 - 1 – Nada
 - 2 – Suficiente
 - 3 – Bom
 - 4 – Muito Bom
- Marcação com um (X) no quadrado pretendido
- Utilização do espaço “Observações” para informações complementares

Desenvolvimento da sessão de formação	1	2	3	4
- Os objetivos desta sessão foram cumpridos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O conteúdo da sessão foi importante para o seu desempenho Profissional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A metodologia foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A forma de exposição permitiu uma melhor compreensão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sentiu-se motivado durante a sessão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Os meios audiovisuais usados ajudaram a perceber melhor os conteúdos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A documentação de suporte foi útil para uma melhor compreensão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- A duração da sessão foi adequada?

Intervenção do Formador

- Desenvolveu o tema com clareza?

- A linguagem utilizada era acessível?

- Notou-se empenho em conseguir exprimir bem as ideias?

- O método utilizado motivou a participação ativa?

- O formador conseguiu um bom relacionamento com o grupo?

- O formador gerou confiança entre o grupo?

Organização da Formação

- Foi assegurado o material necessário para o decurso da sessão?

- Teve acesso ao programa da sessão?

- Sentiu apoio da coordenação pedagógica?

Sugestões / Críticas

- Temas considerados importantes

- Em que é que considera que o tema desta sessão de formação pode ser importante no exercício das suas funções?

Observações:

Apêndice 7 – Avaliação das Sessões Formativas Intituladas “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES FORMATIVAS

Para continuidade do projeto individual destinado ao serviço de urgência e aos seus enfermeiros, foram delineadas estratégias formativas para dar conhecimento deste projeto a todos os seus elementos intervenientes.

Através do preenchimento do questionário de avaliação da sessão orientada para os enfermeiros formandos pretendeu-se a colaboração dos mesmos para uma otimização das estratégias formativas a adotar futuramente, conjuntamente com uma avaliação do desempenho dos formadores e da própria formação. Pretendeu-se ainda confirmar se os objetivos inicialmente propostos foram devidamente atingidos e cativar os formandos para o tema desenvolvido.

Desenvolvimento da Sessão

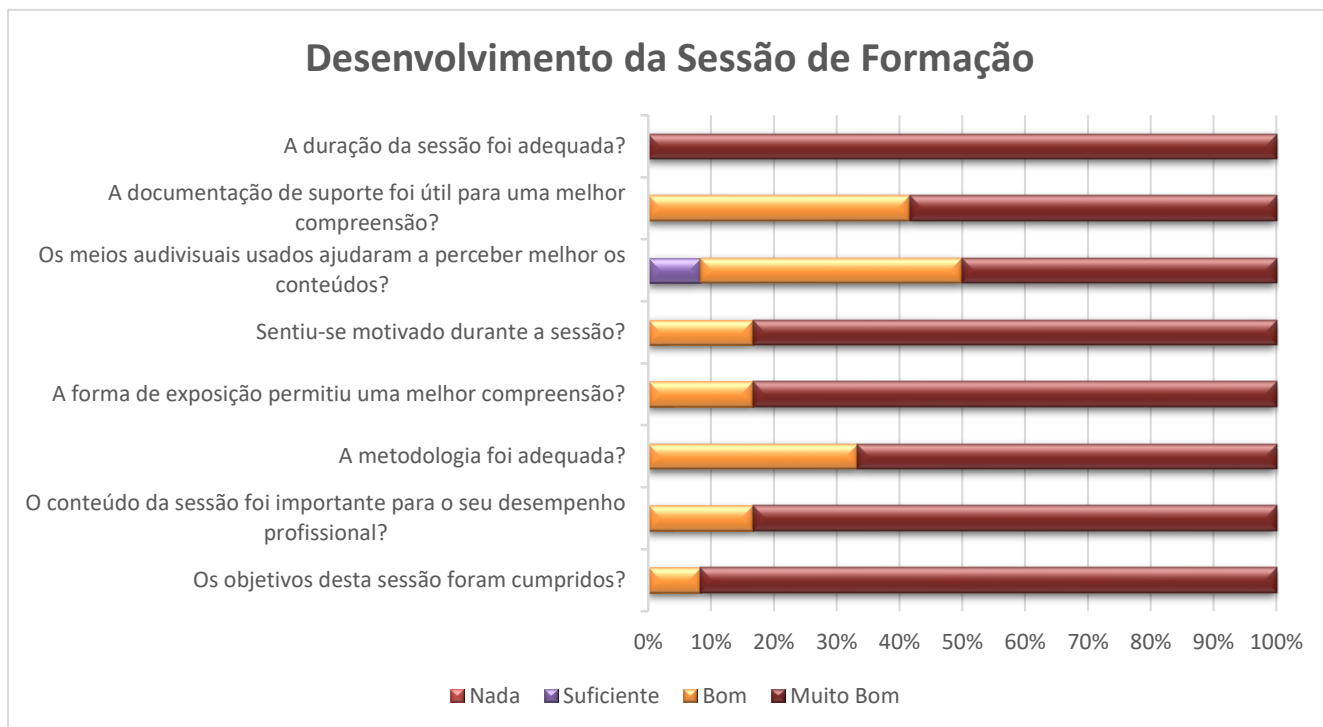
Analisando o gráfico número 1, que diz respeito ao desenvolvimento da sessão de formativa, a totalidade dos enfermeiros considera que a cada sessão teve uma durabilidade muito adequada, tendo sido possível atingir totalmente os objetivos inicialmente proposto (92%). Também a motivação esteve presente, onde 83% se encontraram muito motivados e igualmente afirmam que a forma de exposição escolhida foi muito adequada para uma melhor compreensão dos conteúdos propostos (83%).

Com igual percentagem, 83% dos enfermeiros considera que o conteúdo da sessão foi muito importante para o seu desempenho profissional, sendo que a restante percentagem considera que foi importante.

No que diz respeito aos meios audiovisuais usados durante a sessão para melhor compreensão dos conteúdos, este item requer uma reflexão por parte dos formadores uma vez que 50% considera que os meios muito ajudaram para a compreensão da temática, 42% afirmam que ajudaram e 8% afirmam que foi suficiente. Relativamente à metodologia, também existiu um parecer bastante positivo, uma vez que 67% considera que foi muito adequada e 33% considera que foi adequada.

Quanto à documentação de suporte, 58% considera que foi muito importante e 42% afirma que foi importante.

Gráfico n.º 1 – Desenvolvimento da sessão



Fazendo uma análise geral ao gráfico número 1, torna-se perceptível que o desenvolvimento da sessão foi bastante satisfatória para os enfermeiros presentes. Contudo, no que diz respeito à documentação fornecida e aos meios audiovisuais utilizados, estes requerem uma reflexão por parte dos enfermeiros formadores para aumentar a percentagem do “Muito Bom” e consequentemente, aumentar a motivação dos enfermeiros no desenvolvimento da sessão.

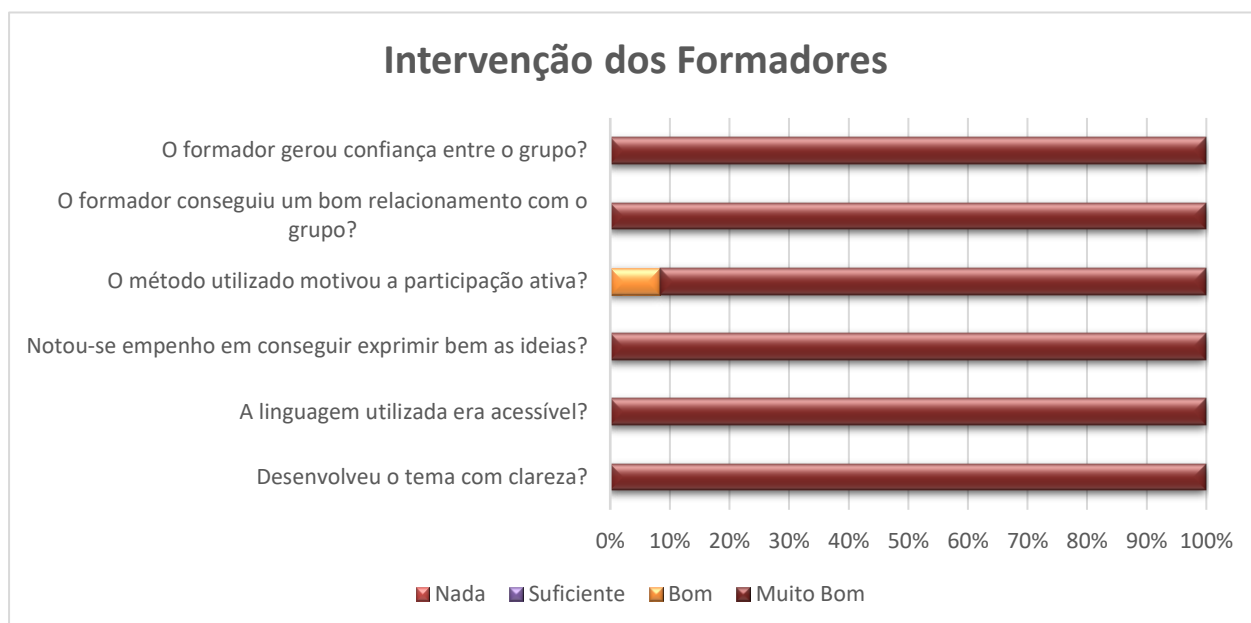
Intervenção dos Formadores

Na perspetiva geral dos enfermeiros, a prestação dos formadores foi muito boa. Segundo a análise do gráfico número 2, os formadores conseguiram facilmente gerar confiança no grupo de

enfermeiros participantes e um ótimo relacionamento, desempenhando igualmente, um ótimo papel no que diz respeito às expressões de ideias, com uma linguagem bastante acessível e um desenvolvimento do tema com bastante clareza.

Particularmente, no que diz respeito ao método utilizado, 92% considera que foi muito bom, acompanhado pelos restantes 8% que considera que foi bom.

Gráfico n.º 2 – Intervenção dos formadores



Analisando globalmente o gráfico número 2, os enfermeiros presentes nas sessões formativas consideram “Muito Bom” o desempenho dos enfermeiros formadores, tendo-se conseguido adequar todos os métodos de aprendizagem às expectativas e características do grupo em questão.

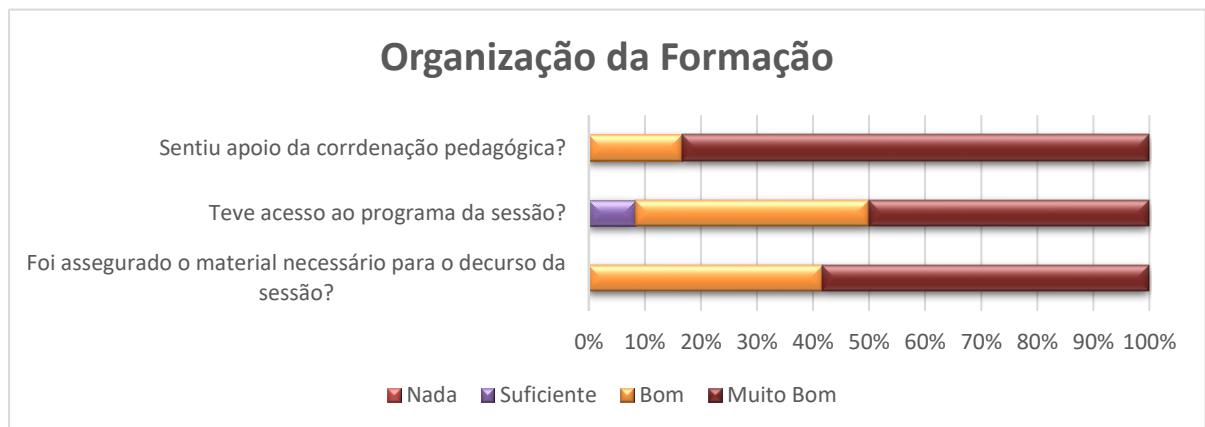
Organização da Formação

Em relação à organização das sessões formativas, 83% dos enfermeiros presentes sentiram-se muito apoiados pela coordenação realizada pelos enfermeiros formadores, sendo que a restante percentagem se sentiu apoiada.

No que respeita ao material necessário, 58% dos enfermeiros considera que foi garantido todo o material pertinente para as sessões formativas, assim como 42% crê que foi assegurado.

Quanto ao acesso ao programa da sessão, metade dos profissionais considera que foi “Muito Bom” o acesso que teve ao conteúdo formativo, 42% sente que foi bom e 8% julga que o acesso ao programa da sessão foi suficiente.

Gráfico n.º 3 – Organização da formação



Apesar de existir uma resposta bastante satisfatória no que concerne ao propósito do material, este item requer uma maior reflexão por parte dos enfermeiros formadores, assim como o acesso ao programa da sessão.

Para melhorar a prestação formativa, talvez uma das soluções a adotar passa pela impressão do conteúdo formativo para ser entregue aos enfermeiros formandos, facilitando a transmissão de conhecimentos e permitindo uma rápida consulta de conceitos e procedimentos no que diz respeito ao atendimento da pessoa com sintomatologia sugestiva de AVC em contexto prático.

Questões Abertas

Uma das análises mais interessantes do ponto de vista formativo é proporcionada pelas questões abertas, mencionadas no final do questionário de avaliação, livres de respostas formatadas onde o enfermeiro pode manifestar a sua ideia.

De uma forma geral, os enfermeiros julgam que “todo o conteúdo formativo foi importante” (Questionário 11), considerando que “a formação é essencialmente importante para a organização do serviço e para o alvo dos cuidados que é o doente” (Questionário 02) e que aposta na “melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao utente no momento de admissão, contribuindo para uma recuperação do mesmo” (Questionário 08).

A efetivação de um projeto deste âmbito torna-se um “incentivo para alterar as práticas atuais do serviço, implementando uma prática multidisciplinar que vá ao encontro dos interesses do utente e que esteja de acordo com as normas da DGS em vigor” (Questionário 08) e até contribui para uma “melhoria na prestação de cuidados de qualidade ao utente e promoção de uma melhor qualidade de vida” (Questionário 20).

Realçam a pertinência do projeto “(...) uma vez que recebemos diariamente doentes com AVC no serviço de urgência” (Questionário 21) e afirmam que “se o método for implementado corretamente, promove um melhor e mais correto atendimento em doentes com AVC” (Questionário 23).

Em suma, os enfermeiros acreditam que foi uma “formação muito pertinente, pois com informação e conhecimento permite-se uma uniformização da atuação dos enfermeiros do SU e caminha-se para uma melhoria da qualidade dos cuidados e intervenção precoce” (Questionário 11), “muito interessante e bem organizada, importante para a prática profissional” (Questionário 5), chegando a manifestar interesse em “formações futuras para dar conhecimento do avanço do projeto” (Questionário 20), fundamentando pessoalmente que “a formação foi muito útil para mim como necessária para um serviço de urgência. Obrigado!” (Questionário 17).

Apêndice 8 – Apresentação do Tema “Transporte do Doente Crítico: Recursos, Práticas e Necessidades”, apresentando o tema “Normas e Boas Práticas no Transporte do Doente Crítico”



TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

João Mendes
joao.mendes_@hotmail.com

SERVIÇO DE URGÊNCIA
MÉDICO-CIRÚRGICA DA ULSNA

2017



SUMÁRIO







INEVITABILIDADE NOS SISTEMAS DE SAÚDE

ENTRE INSTITUIÇÕES

Intervenção terapêutica não disponível no local de origem - Angioplastia;

Necessidade de cuidados diferenciados - Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos.

DENTRO DA MESMA INSTITUIÇÃO

Procedimentos diagnósticos - Raio-X, TAC;

Necessidade de cuidados diferenciados - Serviço de Urgência para UCIntensivos



DEFINIÇÕES



DEFINIÇÕES

Doente Crítico

“Aquele cuja sobrevivência, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.”

INEM, 2012

Transporte

Deslocação ou condução de pessoas de um local para o outro.



TIPOS DE TRANSPORTE

PRÉ-HOSPITALAR

Transporte realizado entre o local onde a emergência extra-hospitalar ocorreu e o hospital.

INTER-HOSPITALAR

Transporte realizados entre unidades de saúde.

INTRA-HOSPITALAR

Transporte de doentes da mesma unidade hospitalar.



NÍVEL DE CUIDADOS NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apnéia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL ...	

Determinação de nível de cuidados no transporte secundário, SPCI (2008).

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

Determinação de nível de cuidados no transporte secundário, SPCI (2008).

PONTOS	MEIO DE TRANSPORTE INEM
0-3	AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE
4-7	AMBULÂNCIA SIV
≥ 7	AMBULÂNCIA SIV COM MÉDICO OU HELICÓPTERO

Determinação de nível de cuidados no transporte secundário pelo INEM (2012).

TRANSPORTE

► Fases do Transporte do Doente Crítico





A decisão é um ato médico;

Planeamento adequado previne incidentes;

Inexistência de recursos humanos e/ou técnicos - principal indicação para transferência;

“(..)baseia-se na comparação do potencial benéfico do transporte com os potenciais riscos”

INEM, 2012

ABORDAGEM	DEFINIÇÃO	OBSERVAÇÕES
A	Via Aérea	Permeabilização; Sons; Corpos estranhos; Posição;
B	Ventilação	Pescoço (alinhamento da traqueia e inspeção das jugulares); Trabalho respiratório (músculos acessórios e frequência respiratória); Auscultação; Percussão; Oximetria de pulso;
C	Circulação	Pele e mucosas (temperatura, humidade, coloração); Tempo de preenchimento capilar; Pulsos centrais e periféricos; Monitorização de ritmo, frequência cardíaca e tensão arterial; ECG, se possível; Hemorragias externas e internas (palpação abdómen, bacia);
D	Disfunção Neurológica	Escala de Coma de Glasgow; Pupilas;
E	Exposição	Controlo de temperatura; Deformações

Adaptada de Abordagem à Víctima (INEM, 2012) e ACLS (Ocean Medical, 2016).



É realizado pela equipa médica e de enfermagem de serviço;

Efetuar contacto prévio com a instituição escolhida;

Verificar e preparar o equipamento médico necessário para a transferência;

Organizar processo do doente e comunicar decisões à respetiva família.



A escolha do meio de transporte deve ter em conta:

- ▶ A situação clínica do doente;
- ▶ As intervenções médicas necessárias durante o transporte;
- ▶ A disponibilidade dos profissionais e recursos necessários;
- ▶ A distância e duração do transporte;
- ▶ Informações meteorológicas;
- ▶ Custo relativo das alternativas.



Tipo de Transporte	Características
Terrestre	Mais seguro Mais espaçoso Menos ruído e vibração Meio rápido de mobilizar Pouco condicionado às condições climatéricas Baixo custo associado
Aéreo	Acessos rodoviários difíceis ou limitados Longas distâncias Mais rápido Indutor de alterações fisiológicas Custo mais elevados



Equipamento para Monitorização: Nível 1 - Obrigatório

- ▶ Monitorização contínua com registo periódico;
- ▶ Frequência respiratória;
- ▶ FiO₂;
- ▶ Oximetria de pulso;
- ▶ ECG;
- ▶ Frequência cardíaca;
- ▶ Pressão arterial (não invasiva);
- ▶ Pressão da via aérea e capnografia (em doentes ventilados).

SPCI, 2008



Transporte Aéreo



COMPLICAÇÕES TRANSPORTE AÉREO

Efeitos da Altitude

Hipóxia e extensão gasosa no organismo

Sistema Respiratório

Drenar qualquer presença de gás nas estruturas respiratórias.

Forças de Aceleração e Desaceleração

Alterações ao nível da perfusão cerebral, da pré-carga e pós-carga.

Material

Substituir o volume de ar do cuff por água destilada, diminuição da perfusão de soroterapia, diminuição da consistência da maca de coquille/vácuo.

Expansão Gasosa

Barotite média ou otite barotraumática, distensão abdominal.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

- ▶ Ausência do local de aterragem;
- ▶ Ausência de vaga assegurada no hospital de destino;
- ▶ Instabilidade hemodinâmica não corrigida;
- ▶ Doente em situação terminal;
- ▶ Doente em paragem cardiorrespiratória;
- ▶ Grávidas em trabalho de parto;
- ▶ Doentes psiquiátricos com comportamento violento;
- ▶ Doentes detidos com acompanhamento de agentes de autoridade;
- ▶ Epilepsia não controlada;
- ▶ Pneumotórax não drenado;
- ▶ Ar intracraniano.

INEM, 2012



PROCEDIMENTOS AO DOENTE PARA TRANSPORTE AÉREO

- ▶ Administrar metoclopramida IV;
- ▶ Colocar, eventualmente, sonda gástrica;
- ▶ Obter um ou dois acessos venosos;
- ▶ Colocar um prolongamento com torneira de três vias em cada sistema de soro;
- ▶ Em doentes com entubação traqueal, substituir o ar do cuff por água destilada;
- ▶ Tubos e drenagens sempre em drenagem passiva/livre;

INEM, 2012



PROCEDIMENTOS AO DOENTE PARA TRANSPORTE AÉREO

- ▶ Colocar o doente na maca de vácuo;
- ▶ Organizar a colocação dos dispositivos de monitorização;
- ▶ Informar sobre as alterações do estado clínico do doente quando da chegada da equipa do helicóptero;
- ▶ Colaborar com a equipa do helicóptero nas últimas preparações do doente para transporte.

INEM, 2012



Fica a cargo da equipa de transporte;

Responsabilidades técnicas e legais só cessam no momento de entrega do doente;

Caso seja para realização de exames complementares de diagnóstico, cessa aquando do momento de chegada ao serviço.

SPCI, 2008



Preparação prévia ao início do transporte:

- ▶ Observação do doente;
- ▶ Passagem do doente;
- ▶ Mudança para a maca de transporte;
- ▶ Verificação final.

**URGÊNCIA
MÉDICO-CIRÚRGICA
DA ULSNA**





POSTO DE EMERGÊNCIA QUANDO EXTINTO

- ▶ Extinção do posto de trabalho por tempo indeterminado;
- ▶ Diminuição da qualidade do atendimento ao doente urgente;
- ▶ Insegurança do doente e profissional;
- ▶ Dotações seguras desadequadas.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ▶ Nomeação de um médico e enfermeiro responsável pelo TDC;
- ▶ Formação das equipas de transporte;
- ▶ Identificar condições de não segurança que condicionem o TDC;
- ▶ Parcerias entre diversos centros hospitalares, parceiros do mesmo doente;
- ▶ Implementação de *checklists*, reduzindo o risco do transporte.

“Checklists are boring, but death is worse”.

Malcolm Gladwell, 2017



OBRIGADO

**Apêndice 9 – Artigo “Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral:
Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência”**

Pessoa em Situação Crítica com Acidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência.

Persona en Situación Crítica con Accidente Vascular Cerebral: Uniformizar Procedimientos en Enfermería en el Servicio de Urgencia.

Stroke Critically Ill Patient: Standardizing Nursing Procedures in the Emergency Department.

João Luís Lopes Mendes,

Licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Mestrando no Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Universidade de Évora, número de aluno m36784 (joao.mendes_@hotmail.com).

Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro,

Professor Doutor em Enfermagem Médico-Cirúrgica (apedro@essp.pt).

Maria Madalena Mendes Freitas,

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (mariamadafreitas@hotmail.com)

Anatilde Gomes,

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Universidade de Évora (anatildejbg@hotmail.com)

RESUMO

Os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência são os profissionais que podem marcar a diferença no atendimento de cada pessoa com sintomatologia sugestiva de Acidente Vascular Cerebral.

Em Portugal tem diminuído a percentagem de mortes associadas às doenças do aparelho circulatório, nomeadamente a doença isquémica aguda e doenças cerebrovasculares. Este facto advém da existência de uma rede devidamente planeada e organizada que permite um atendimento adequado, onde se procede ao correto encaminhamento do doente com Acidente Vascular Cerebral isquémico, sendo a variável “tempo” fulcral na diminuição de comorbidades associadas a esta patologia.

Para que a equipa de enfermagem se encontre devidamente organizada para dar resposta a este tipo de situações, a formação apresenta-se como um pilar fundamental para reduzir, ao máximo, o tempo que o doente leva desde a sua chegada ao serviço de urgência até ao efetivo tratamento.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Acidente Vascular Cerebral, Uniformização de Procedimentos, Serviço de Urgência.

RESUMEN

Los enfermeros que prestan cuidados en el servicio de urgencia son los profesionales que pueden marcar la diferencia en la atención de cada persona con sintomatología sugestiva de Accidente Vascular Cerebral.

En Portugal se ha reducido el porcentaje de muertes asociadas con enfermedades cardiovasculares, enfermedades del corazón isquémico particularmente aguda y enfermedades cerebrovasculares. Este hecho viene de la existencia de una red debidamente planeada y organizada, que permite una atención adecuada, donde se procede al correcto encaminhamiento del paciente con Accidente Vascular Cerebral isquémico, siendo la variable "tiempo" fulcral en la disminución de comorbidades asociadas a esta patología.

Para que el equipo de enfermería se encuentre debidamente organizado para dar respuesta a este tipo de situaciones, la formación se presenta como un pilar

fundamental para reducir al máximo el tiempo que el paciente lleva desde su llegada al servicio de urgencia hasta el momento efectivo tratamiento.

Palabras clave: Enfermería Médico-Quirúrgica, Accidente Vascular Cerebral, Uniformización de Procedimientos, Servicio de Urgencia.

ABSTRACT

The nurses who provide care in the emergency service are professionals who can make a difference in the care of each person with symptoms suggestive of Cerebral Vascular Accident.

In Portugal, the percentage of deaths associated with diseases of the circulatory system, such as acute ischemic disease and cerebrovascular diseases, has decreased. This fact stems from the existence of a properly planned and organized network, which allows adequate care, where the patient is correctly referred for ischemic cerebral vascular accident, and the time variable is crucial for the reduction of comorbidities associated with this pathology.

In order for the nursing team to be properly organized to respond to this type of situation, training is a fundamental pillar to reduce, to the maximum extent possible, the time that the patient takes from his arrival to the emergency service to the effective treatment.

Key words: Critical Illness Nursing, Acute Ischemic Stroke, Standardization of Procedures, Urgency Service.

INTRODUÇÃO

As doenças cerebrovasculares são uma problemática atual da saúde pública, atingindo, independentemente do seu grau de desenvolvimento, todos os países de forma semelhante, estando associadas às primeiras causas de morte e incapacidade⁽¹⁾.

Segundo o Programa Nacional Para as Doenças Cerebrovasculares de 2017, 29,7% das causas de morte em Portugal estão associadas a doenças do aparelho circulatório, nomeadamente a doença isquémica aguda e as doenças cerebrovasculares⁽²⁾. Apesar de ser um valor percentual elevado, este valor foi o mais baixo das últimas décadas.

Devido a novas abordagens terapêuticas, assim como à consolidação da atividade de múltiplas unidades de Acidente Vascular Cerebral [AVC], foi alcançada uma marcante redução da taxa de mortalidade associada às doenças cerebrovasculares, em particular no AVC isquémico, com uma redução na ordem dos 39% em doentes com idade inferior a 70 anos⁽²⁾.

A Via Verde do AVC proporcionou um atendimento de 3386 casos em 2016 e de 2301 casos até setembro do corrente ano, onde os benefícios da terapia de reperfusão dependem claramente do tempo dispendido, tendo o Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] um papel preponderante - se não determinante - no correto e célere encaminhamento destes doentes. Contudo, as organizações hospitalares devem também estar preparadas para a receção de doentes com sintomatologia de AVC e proceder ao seu rápido encaminhamento intra-hospitalar e, caso se trate de uma Unidade de AVC [U – AVC] nível B, ao encaminhamento inter-hospitalar, uma vez que o atendimento em unidades de AVC especializadas (U – AVC nível A) possuem melhores indicadores no que à redução de mortalidade respeita e resultados clínicos mais expressivos comparativamente a unidades de AVC não especializadas (U – AVC nível B)⁽³⁾.

Uma vez que são os enfermeiros os agentes que identificam a gravidade da situação, através da avaliação de sinais e de sintomas no momento da triagem, que encaminham o doente para ser rapidamente estabilizado e que realizam o transporte intra-hospitalar (para realização de exames complementares de diagnóstico) e procedem ao transporte inter-hospitalares (transferência de U – AVC nível B para nível A), foi estruturado um plano formativo teórico com os seguintes objetivos:

- Definir procedimentos ao doente com sintomatologia sugestiva de AVC no Serviço Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA];
 - Identificar sintomatologia de AVC aquando do momento da Triagem de Manchester;
 - Encaminhar de forma imediata e com atendimento urgente o doente com suspeita de AVC;
 - Definir procedimentos de abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de AVC.

Na primeira parte do artigo encontram-se definidos os conceitos-chave para uma melhor compreensão da temática escolhida, seguindo-se a metodologia realizada, tendo por base a metodologia PICO.

A discussão dos resultados assenta nas estratégias traçadas tendo em conta os objetivos específicos, correlacionando a evidência científica com a prática no Serviço de Urgência [SU], resultante da análise dos artigos eleitos com as recomendações preconizadas para a abordagem do doente com AVC.

Por fim, é apresentada uma breve conclusão seguida das referências utilizadas/consultadas.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1.1 Acidente Vascular Cerebral

Um AVC é definido “como um déficit neurológico súbito, motivado por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central”⁽⁴⁾. Sucede-se após oclusão de uma artéria cerebral obstruída por um coágulo ou existência de uma rutura, levando a uma diminuição ou ausência do aporte sanguíneo e, conseqüentemente, à morte celular⁽⁵⁾.

O AVC, segundo a American Heart Association [AHA], é classificado em diferentes tipos, tendo em conta o seu mecanismo de origem.

Classificam-se, assim, com a seguinte tipologia: AVC isquémico, AVC hemorrágico, AVC critpogénico e Acidente Isquémico Transitório [AIT].

O AVC isquémico ocorre em 87% dos casos e é originado no seguimento da interrupção do fluxo sanguíneo a uma determinada área do cérebro, privando as células do sistema nervoso – neurónio – do aporte de oxigénio e dos nutrientes necessários. Esta interrupção é provocada por um coágulo causando uma obstrução de uma artéria cerebral. O coágulo pode ter origem noutra local do sistema circulatório, nomeadamente no coração e nas artérias do tórax e pescoço – originando um êmbolo – ou pode formar-se nas camadas internas das artérias, obstruindo o fluxo sanguíneo – ocorrendo a formação de um trombo – sendo posteriormente destacado e ocluindo as artérias cerebrais de menor calibre⁽⁶⁾.

Uma das causas que pode contribuir para a formação de coágulos sanguíneos são os batimentos cardíacos irregulares, nomeadamente, a fibrilhação auricular, potenciando cinco vezes mais o risco de AVC⁽⁷⁾.

Quando se dá a morte das células neurológicas, as capacidades controladas por essa área cerebral, conseqüentemente afetada, são perdidas. Algumas pessoas recuperam completamente as suas capacidades embora mais de 2/3 dos sobreviventes permaneça com um tipo de deficiência⁽⁸⁾.

1.2 Via Verde AVC

Desde 2015 que os hospitais nacionais devem possuir, devidamente estruturadas e implementadas, o conjunto de normas clínicas emitidas pela DGS: a Via Verde Coronária e a Via Verde AVC⁽⁹⁾. Estas podem ser “definidas em função de uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento

mais adequado, planejado e expedito, nas fases pré e intra-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações”(4).

A existência de circuitos devidamente estruturados intensifica a importância da inexistência de atrasos no acesso da pessoa com sintomatologia sugestiva de AVC à entrada de uma unidade de saúde adequada e ao início do tratamento adequado(1).

1.3 Triagem – Escala de Cincinnati

Aquando da receção de um doente com sintomatologia sugestiva de AVC, os objetivos prioritários centram-se na rápida avaliação, na estabilização imediata, na realização de uma avaliação neurológica e no rápido transporte do doente para um hospital que tenha capacidade de resposta às necessidades presentes(3).

Os sinais de alerta sugestivos de AVC, descritos pela DGS, elencam-se como os seguintes: dificuldade em falar, desvio da comissura labial e falta de força num dos membros(1).

Para ativar a Via Verde AVC intra-hospitalar, o profissional de saúde realiza vários testes no momento de triagem, para posterior seleção da opção “Alteração do Estado de Consciência de novo”, no sistema informático Alert®.

De acordo com a Escala do AVC de Cincinnati, habitualmente utilizada em ambiente pré-hospitalar, são realizados e avaliados três testes distintos: paralisia facial, queda de um braço e alteração da fala.

É uma escala usada de forma rápida e sucinta, de forma a poder identificar a sintomatologia associada a um AVC, apresentando uma elevada sensibilidade e especificidade para identificação dos doentes candidatos à terapêutica fibrinolítica(10).

1.4 Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

O diagnóstico precoce, através da imagem cerebral e da sua interpretação permanece crítico para uma rápida avaliação e confirmação do diagnóstico do doente com sintomatologia de AVC isquémico, sendo apenas e desta forma possível, identificar o tamanho, localização e distribuição da isquémia cerebral, a presença de hemorragia, a existência de oclusão de grandes artérias e respetiva gravidade,

informações que determinam as decisões de tratamento imediato e as de longo prazo⁽³⁾.

A tomografia axial computadorizada [TAC] sem contraste é o exame complementar de diagnóstico e terapêutica suficiente para identificação de contraindicações da fibrinólise (a hemorragia intracraniana, por exemplo, contraindicação absoluta) e permite a administração atempada de terapêutica fibrinolítica endovenosa a doentes com AVC isquémico⁽³⁾.

1.5 Fibrinólise

A terapêutica fibrinolítica é uma das terapias recomendadas para um doente com AVC isquémico agudo, sendo desta forma possível alcançar uma total remissão da sintomatologia neurológica e um aumento exponencial das probabilidades para uma completa recuperação, em média, em três meses após o incidente⁽³⁾.

Para doentes com indicação evidente de administração do ativador recombinante do plasminogénio tecidual endovenoso, o benefício deste tratamento fica dependente do tempo, devendo ser iniciado assim que possível. O tempo entre a chegada ao hospital e o início do tratamento – tempo de “porta-agulha” – para a administração em bólus deve ser de 60 minutos, existindo um alargamento da janela terapêutica até 3 – 4,5 horas para fibrinólise endovenosa e até 6 horas para fibrinólise intra-arterial, após o início sintomatológico⁽³⁾.

2 METODOLOGIA

Mesmo sendo uma área de grande interesse profissional, a temática deste projeto resulta de várias reflexões pessoais sobre a prática diária e de observações diretas das dificuldades demonstradas pelos restantes enfermeiros aquando da receção de um doente com sintomatologia sugestiva de AVC isquémico e do respetivo encaminhamento dentro do respetivo SU.

Procedeu-se ao agendamento de uma reunião com a enfermeira-chefe do serviço em causa, procurando encontrar estratégias de forma a colmatar as dificuldades manifestadas e acima referidas. Após finalização da reunião, foi agendada nova reunião com os enfermeiros responsáveis pela formação do referido serviço, sendo, desta forma, possível obter orientação e validação para a realização de um projeto individual, assente em pressupostos formativos à equipa de enfermagem.

No processo de pesquisa, foi notória a necessidade de atualização de conhecimentos de acordo com a mais recente evidência científica. Para tanto, foram pesquisadas as *guidelines* propostas pela AHA, datadas de 2013, com o título de *Guidelines para a Abordagem Precoce no Doente com AVC Isquémico*.

Estas recomendações foram concebidas para os profissionais de saúde envolvidos na identificação, avaliação, transporte e orientação de emergência de doentes com AVC isquémico em fase aguda, incluindo os profissionais da equipa pré-hospitalar, médicos e enfermeiros dos serviços de urgência, profissionais de saúde que lidam com este tipo de doentes após a fase aguda, inclusivamente, assistentes operacionais e administradores hospitalares, tendo por base, independentemente da estruturação de cada hospital e serviço, os princípios do sistema que devem permanecer constantes: a preparação, integração e destaque na pontualidade⁽³⁾.

Para corroborar com as diretrizes estabelecidas pela AHA na atuação do doente com AVC isquémico agudo e de forma a compreender de que forma essas diretrizes podem ser aplicadas na realidade do Sistema Nacional de Saúde, foi fundamental pesquisar as Normas orientadoras da prática clínica, nomeadamente, a Norma número 015/2017, intitulada “Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto”, datada de 13 de julho de 2017.

Para realizar uma abordagem profunda sobre a problemática da recuperação do doente com sintomatologia sugestiva de AVC isquêmico e o tempo de atendimento, foi preconizada uma sistematização do conhecimento com base no objetivo de estudo.

A problemática seguiu a metodologia **PICO** - **P**articipantes – Doentes com AVC isquêmico; **I**ntervenção – Tempo de atendimento; **C**omparação – comparação entre os diversos estudos; **O**utcomes – Recuperação do doente; formulando assim a seguinte pergunta: *Qual a influência do tempo no atendimento do doente com AVC isquêmico na sua recuperação?*

Para dar resposta à pergunta **PICO** e de forma a fundamentar os objetivos inicialmente propostos, a revisão integrativa da literatura foi realizada através da pesquisa de publicações científicas existentes em todas as bases de dados do motor de busca 'EBSCOhost'.

Foram definidos três conceitos-chave específicos, aferidos nos Descritores em Ciências da Saúde: “stroke”, “door to treatment time” e “outcomes”, todos acompanhados pelo operador booleano *AND*.

Após seleção dos artigos publicados no intervalo temporal compreendido entre 2015 e 2017 e dos que dispunham de acesso ao texto integral (*full text*), o número total de artigos disponíveis correspondeu a quinze. Optou-se por realizar uma leitura do *abstract*, tendo sido desde logo excluídos seis artigos por não se encontrarem relacionados com a temática pretendida e outros dois por não estarem disponíveis. Deste modo, a pesquisa realizada foi concluída com base em sete artigos.

Em sequência, pretende-se estruturar e implementar um plano formativo, dirigido aos enfermeiros do SU Médico-Cirúrgica da USLNA, com a definição de procedimentos a aplicar a doentes com sintomatologia de AVC, tendo como primordial objetivo a diminuição do tempo entre a sua chegada ao SU e o início do adequado tratamento.

Este plano formativo irá incidir de forma especificada sobre as funções de enfermagem no momento da triagem, sobre a definição dos procedimentos a aplicar ao doente para a sua monitorização e respetiva estabilização e sobre as funções de enfermagem no âmbito de processo de encaminhamento urgente.

Após levantamento das disponibilidades da equipa de enfermagem, serão realizadas sessões formativas, com a frequência que se demonstrar necessária, a fim de proporcionar e estender a formação e conhecimento ao maior número de elementos da equipa.

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Confrontando as recomendações aconselhadas pela AHA com os artigos científicos analisados, resultantes da pesquisa PICO, e tendo como pilar estrutural as características específicas do serviço no qual se pretende implementar o projeto, foram criadas para cada objetivo inicialmente traçado, abordagens práticas ao doente com sintomatologia com AVC, baseadas na mais recente evidência científica.

3.1 Identificar sintomatologia de Acidente Vascular Cerebral quando do momento da Triagem de Manchester

Os enfermeiros são, geralmente, os profissionais que se encontram aptos para a realização da triagem do doente através do Sistema de Triagem de Manchester, utilizando a plataforma informática Alert®.

Revela-se crucial que o enfermeiro, aquando da receção de um doente, se sinta confiante na identificação da sintomatologia de um AVC em evolução.

Aquando da sua chegada à sala de triagem, o enfermeiro consegue confirmar, através de simples testes ao doente e obtendo informações através das pessoas que geralmente o acompanham, se existe ou não alguma alteração do estado de consciência, de forma a concretizar o seu tempo de início.

Porém, muitos dos profissionais em causa desconhecem que aplicam testes que se baseiam em escalas devidamente elaboradas e fidedignas.

Assim, o que se sugere aos profissionais de saúde presentes na sala de triagem é que procedam à aplicação dos testes que moldam a Escala de Cincinnati sempre que com um doente com a sintomatologia sugestiva de AVC se deparem.

Conforme anteriormente descrito, os testes a realizar assentam em três avaliações. A saber, paralisia facial (desvio da comissura labial), queda de um braço e alteração da fala (Tabela 1).

Segundo Kotari *et al.*, para avaliação da paralisia facial, solicita-se ao doente que mostre os dentes ou sorria.

A situação normal é que a pessoa consiga mover os dois lados do rosto de forma simétrica, a irregular corresponderá à desigualdade de movimento entre uma e outra parte do rosto⁽¹⁰⁾.

Na avaliação da queda do braço, é solicitado ao doente que feche os olhos e estenda os membros superiores de forma reta, em posição supina, durante aproximadamente dez segundos. A situação normal é que a pessoa mobilize os membros de igual forma e a irregular é a pessoa não conseguir mobilizar um dos membros superiores ou apresentar uma alteração motora, evidenciando um desnível relativamente ao outro membro superior⁽¹⁰⁾.

Na avaliação do discurso, o esperado é que o doente comunique através de palavras, não apresentando qualquer dificuldade nessa comunicação, sendo as palavras pronunciadas corretamente. O irregular é o doente pronunciar as palavras com pouca dicção, com fala arrastada ou não conseguir comunicar verbalmente⁽¹⁰⁾.

Se uma das avaliações efetuadas apresentar alterações, a opção “Alteração do Estado de Consciência de novo” fica validada, acionando através do Sistema de Triagem de Manchester a Via Verde AVC pois neste caso, a probabilidade de AVC é de 72%. A presença de alterações nas três avaliações significa uma probabilidade de AVC superior a 85%⁽¹¹⁾.

Queda de um Braço	Fechar os olhos e que estender os membros superiores de forma reta, em posição supina, durante aproximadamente dez segundos. <u>Normal:</u> Mobiliza os membros superiores de igual forma. <u>Anormal:</u> Não consegue mobilizar um dos membros superiores ou apresenta um desnível comparativamente ao outro membro.
Paralisia Facial	Mostrar os dentes ou sorrir. <u>Normal:</u> Consegue mover os dois lados do rosto de forma simétrica. <u>Anormal:</u> Uma parte do rosto não se move de igual forma relativamente à outra.
Alteração da Fala	Dizer, por exemplo, a sua morada. <u>Normal:</u> Comunica através de palavras, não apresentando qualquer dificuldade em comunicar e as palavras são corretamente pronunciadas. <u>Anormal:</u> Pronúncia de palavras com pouca dicção, fala arrastada ou falta de capacidade em comunicar verbalmente.

Tabela 1: Escala de Cincinnati, adaptada de Kotari *et al.* (1999).

3.2 Encaminhar de forma imediata e com atendimento urgente o doente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral

O encaminhamento urgente e correto do doente com sintomatologia de AVC deve estar devida e previamente traçado, contribuindo para a inexistência de entropias e atrasos desnecessários até ao início da administração de terapêutica fibrinolítica.

Para atingir uma completa remissão da sintomatologia neurológica, a terapêutica fibrinolítica deve ser iniciada o mais precocemente possível. Doentes com evidente indicação para a administração de terapêutica fibrinolítica endovenosa, o tempo de “porta-agulha” deve ser após 60 minutos da chegada do doente ao hospital, podendo ocorrer no período janela até 3 – 4,5 horas e a fibrinólise intra-arterial até 6 horas após o início dos sintomas⁽³⁾.

A situação clínica do doente com AVC e a inexistência de procedimentos previamente definidos a nível intra-hospitalar são os principais fatores que contribuem para os atrasos no atendimento ao doente, aumentando o tempo entre a sua chegada ao serviço até ao tratamento efetivo, o que resulta em consequências mais gravosas nos doentes com AVC isquémico, nomeadamente, num aumento das probabilidades de mortalidade intra-hospitalar, hemorragia intracraniana sintomática e menor probabilidade de deambulação de forma independente, no momento da alta clínica⁽¹²⁾.

Para evitar essas consequências, revela-se necessário criar novos fluxos de trabalho, contribuindo para a diminuição dos tempos de transferência, reduzindo os tempos de permanência nos serviços de urgência previamente ao tratamento e, desta forma, proporcionar um tratamento atempado ao doente com AVC isquémico⁽¹³⁾.

Para instalação destes novos fluxos de trabalho que apresentam excelentes resultados em todos os doentes, independentemente da idade e revelam diminuir o tempo desde o momento da sua chegada ao serviço até ao tratamento efetivo⁽¹⁴⁾, existe a necessidade de definir quais serão esses determinados fluxos de trabalho e aumentar a formação dos profissionais, levando a uma redução de 10 minutos até ao tratamento final num doente com AVC isquémico, contribuindo para aumentar aproximadamente 30% a sua independência ao final de 3 meses⁽¹⁵⁾.

Como já referido, a observação da imagem cerebral e a sua interpretação é fundamental para identificar o tamanho, localização e distribuição da isquemia cerebral, a presença de hemorragia, a respetiva gravidade e se existe uma oclusão das artérias de grande calibre, informações que determinam as decisões de tratamento imediato e as de longo prazo. Assim, a TAC sem contraste é o exame complementar de diagnóstico e terapêutica suficiente para a identificação de contraindicações da fibrinólise, permitindo a administração atempada de terapêutica fibrinolítica endovenosa a doentes com AVC isquémico⁽³⁾.

Torna-se, assim, necessário uniformizar o encaminhamento do doente com sintomatologia de AVC no SU Médico-Cirúrgica da ULSNA.

Após autorização da chefia de enfermagem, foi estruturado no presente serviço um caminho que o doente deverá realizar, com o apoio da equipa de enfermagem, com vista à redução do tempo de “porta-agulha”.

Depois do rápido reconhecimento da sintomatologia sugestiva de AVC no momento da triagem, o enfermeiro responsável por aquele posto no momento, deverá acompanhar o doente até à sala de emergência para respetiva estabilização e monitorização.

Aí, terá o apoio da especialidade de medicina interna que, após a sua estabilização, procederá à eventual prescrição da TAC.

Devidamente monitorizado e estabilizado, o doente deverá ser acompanhado pelo enfermeiro responsável pela sala de emergência à sala de realização da TAC. Após a sua realização, regressará à sala de emergência onde deverá permanecer até ser obtido o seu resultado, aguardando informações específicas se pode ou não proceder à realização de fibrinólise. Sempre que tal seja indicado, o doente deve ser encaminhado para uma U-AVC nível A, conforme indicação médica, mantendo uma constante monitorização dos sinais vitais e respetivo estado de consciência.

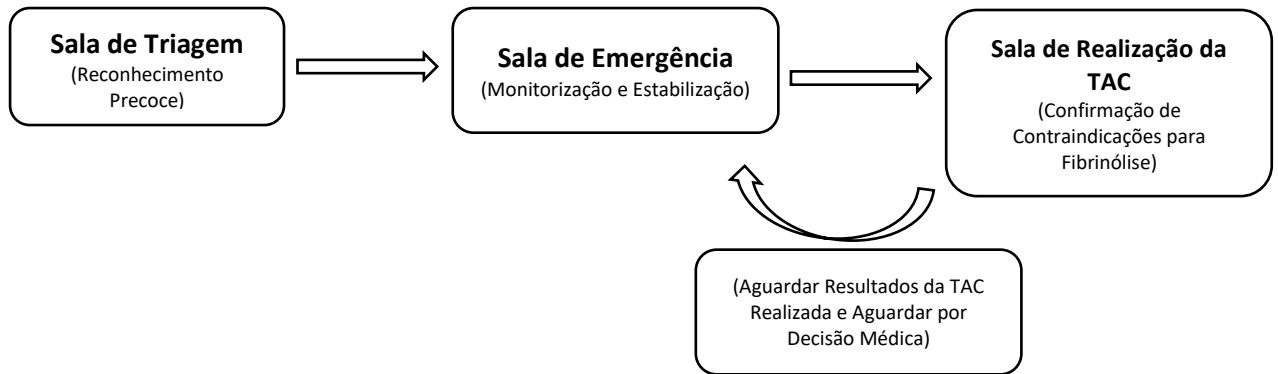


Figura 1: Estruturação do encaminhamento do doente crítico com sintomatologia sugestiva de AVC no SU Médico-Cirúrgica da ULSNA.

3.3 Definir procedimentos de abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral

Na receção de um doente com sintomatologia sugestiva de AVC, os objetivos prioritários serão uma rápida avaliação, uma estabilização imediata, a realização de uma avaliação neurológica e transportar o doente, num curto espaço de tempo, para um hospital que dê resposta às necessidades presentes⁽³⁾.

Após o reconhecimento atempado da sintomatologia de AVC, o doente deve ser avaliado. Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], a avaliação primária é constituída por cinco diferentes passos sequenciais por prioridade: A – *Airway* – Permeabilização da Via Aérea, B – *Breathing* – Ventilação e Oxigenação, C – *Circulation* – Assegurar a Circulação com Controlo de Hemorragia, D – *Disability* – Disfunção Neurológica e E – *Expose/Environment* – Exposição com Controlo de Temperatura⁽¹⁶⁾.

Qualquer avaliação que coloque o doente em risco de vida deve ser, se possível, imediatamente abordada e devidamente resolvida e só depois proceder às restantes avaliações. A realização desta avaliação sequencial deve apenas demorar 60 – 90 segundos⁽¹⁶⁾.

De forma a serem prestados cuidados de acordo com a melhor evidência científica, os enfermeiros do SU Médico-Cirúrgica da ULSNA serão devidamente esclarecidos sobre a abordagem ao doente com sintomatologia com AVC de acordo com as últimas *Guidelines* para a Abordagem Precoce no Doente com AVC Isquémico, datadas de 2013 (Tabela 2).

A – Permeabilização da Via Aérea	<ul style="list-style-type: none"> ° Permeabilizar via aérea.
B – Ventilação e Oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> ° Posicionar o doente em decúbito dorsal com elevação da cabeceira entre 15° a 30°; ° Manter SpO2 > 94%.
C – Assegurar a Circulação com Controlo de Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> ° Proceder à monitorização cardíaca, pelo menos nas primeiras 24 horas; ° <u>Se hipotensão (Tensão Arterial [TA] Sistólica < 120 milímetros de mercúrio [mmHg]):</u> <ul style="list-style-type: none"> · Posicionar o doente em decúbito dorsal puro; · Estabelecer acesso periférico para administração de soroterapia (soro fisiológico 0,9%) com velocidade da perfusão dependente das necessidades hídricas; · Administrar vasopressores, se prescrito; ° <u>Se hipertensão:</u> <ul style="list-style-type: none"> · Manter hipertensão relativa nas primeiras 24 horas, exceto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se TA > 220/120mmHg; ▪ Se condição médica específica. ° Manter TA < 185/110mmHg para administração de terapêutica fibrinolítica; ° Manter TA < 180/105mmHg após administração do ativador recombinante do plasminogénio tecidual.
D – Disfunção neurológica	<ul style="list-style-type: none"> ° Avaliar neurologicamente segundo a <i>National Institutes of Health Stroke Scale</i>; ° Manter valores de glicémia capilar entre 140 a 180 miligramas por decilitro; ° Se défices neurológicos transitórios (AIT), realizar novo controlo de imagem cerebral 24 horas após o início sintomatológico.
E – Exposição com Controlo de Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ° <u>Se hipertermia:</u> <ul style="list-style-type: none"> · Realizar intervenções farmacológicas e mecânicas; · Despistar consequências secundárias (endocardite infecciosa, pneumonia, infeção do trato urinário ou sépsis).
Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> ° Realizar TAC sem contraste: <ul style="list-style-type: none"> · Até 45 minutos após a sua entrada no SU;
Fibrinólise	<ul style="list-style-type: none"> ° Administrar terapêutica fibrinolítica em tempo de “porta-agulha” < 60 minutos após a chegada do doente ao serviço:

	<ul style="list-style-type: none">· Alargamento da janela terapêutica de 3 horas a 4,5 horas para fibrinólise endovenosa e até 6 horas para fibrinólise intra-arterial;
Transporte	<ul style="list-style-type: none">° Transportar o doente de uma U-AVC Nível B para uma U-AVC Nível A:· Transporte aéreo prioritário se tempo de transporte terrestre > 1,5 horas⁽¹⁾;° Realizar todos os esforços de forma a evitar qualquer tipo de atraso.
Outros Fármacos	<ul style="list-style-type: none">° <u>Administração de anticoagulantes:</u><ul style="list-style-type: none">· Não diminui o risco de complicações neurológicas e aumenta o risco de complicações hemorrágicas;· Aspirina não é recomendada como substituto de outras intervenções para o tratamento do AVC;° <u>Administração de estatinas:</u><ul style="list-style-type: none">· Devem ser continuamente administradas durante o período agudo se o doente já realizar este tipo de tratamento no domicílio.

Tabela 2: Abordagem do enfermeiro ao doente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral segundo as *guidelines*.

CONCLUSÃO

Para que se verifique uma real diminuição do tempo de permanência nos serviços inadequados até ao tratamento de reperfusão é necessário proceder à criação de fluxos de trabalho que permitam diminuir os tempos desde a chegada do doente com sintomatologia sugestiva de AVC até ao seu efetivo e adequado tratamento.

Apesar das instituições se organizarem de diferentes formas, apresentando um sistema e uma cadeia de procedimentos variável, os princípios que dizem respeito ao atendimento da pessoa com a descrita sintomatologia permanecem inalterados: preparação, integração e destaque na pontualidade⁽³⁾.

A avaliação e o tratamento inicial do doente com AVC deve ser realizado com rapidez, revelando-se de extrema importância conceber e estruturar protocolos organizados e possuir uma equipa centrada na temática, uma vez que aceleram a avaliação clínica, o desempenho para formar um diagnóstico e antecipam as decisões para o doente⁽³⁾.

A expressão “tempo é cérebro” é aplicada a todas as formas de reperfusão endovascular com todos os esforços centrados na redução do tempo de reperfusão, onde resultados mais favoráveis estão diretamente relacionados com o tempo de início da reperfusão⁽³⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾.

Através de um projeto delineado a partir das necessidades do serviço, foram adquiridas estratégias para colmatar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros. Este projeto de melhoria individual para um todo, enquadra-se nos seguintes enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros, com vista a “explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social”⁽¹⁷⁾:

- Satisfação do Cliente: perseguindo os elevados níveis de satisfação do doente, minimizando o impacto negativo das mudanças ambientais no doente, forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde;
- Prevenção de Complicações: prevenindo complicações para o doente, intervindo na identificação rápida de problemas potenciais, na prescrição de intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados, no rigor técnico-científico na implementação dessas intervenções, na referenciação de situações problemáticas identificadas para ou-

tros profissionais, na supervisão que concretizam as intervenções de enfermagem delegadas pelo enfermeiro e na responsabilização do enfermeiro pelas decisões tomadas, atos que pratica e que delega;

- Organização dos Cuidados de Enfermagem: contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, através da existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem, da existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade desse exercício profissional, da satisfação dos enfermeiros face à qualidade do exercício profissional, da existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros e da utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem, promotoras da qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. [Web page] Lisboa: DGS; 2017 [Acedido a 2 de dezembro de 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>.
2. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares. [Web page] Lisboa: DGS; 2017 [Acedido a 21 de dezembro de 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
3. Jauch E., *et al.*. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. [Web page] American Heart Association; 2013 [Acedido a 06 de novembro de 2017]. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2013/01/31/STR.0b013e318284056a.full.pdf?download=true>.
4. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Lisboa: Alto Comissário da Saúde; 2007.
5. American Heart Association. What is Stroke. [Web page] Dallas: American Heart Association; 2018 [Acedido a 03 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/AboutStroke_UCM_308529_SubHomePage.jsp.
6. American Heart Association. Ischemic Strokes (Clots). [Web page] Dallas: American Heart Association; 2017 [Acedido a 03 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/IschemicClots/Ischemic-Stroke-Clots_UCM_310939_Article.jsp#.Wmqyfql_IV.
7. American Heart Association. Potential Causes. [Web page] Dallas: American Heart Association; 2018 [Acedido a 03 de janeiro de 2018]. Disponível em http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/Professionals/CryptogenicStrokeInitiative/Medtronic-Cryptogenic-Stroke-Initiative_UCM_473504_SubHomePage.jsp.

8. Nacional Stroke Association. What Is Stroke?. [Web page] Centennial: Nacional Stroke Association; 2018 [Acedido a 03 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke>.
9. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. [Web page] Lisboa: DGS; 2015 [Acedido a 10 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf.
10. Kothari R., Pancioli A., Liu T., Brott T., Broderick J.. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: Reproducibility and Validity. Cincinnati: Annals of Emergency Medicine; 1999.
11. American Heart Association. Stroke is an Emergency! – Code Stroke: Assess, Alert, Arrive. [Web page] American Heart Association; 2011 [Acedido a 03 de dezembro de 2017]. Disponível em: https://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm_454087.pdf.
12. Kamal N., *et al.*. Delays in Door-to-Needle Times and Their Impact on Treatment Time and Outcomes in Get With The Guidelines-Stroke. American Heart Association; 2017.
13. Zhou Y., *et al.*. New standardized nursing cooperation workflow to reduce stroke thrombolysis delays in patients with acute ischemic stroke. Shanghai: Neuropsychiatric Disease and Treatment; 2017.
14. Advani R., Naess H., Kurz M.. The golden hour of acute ischemic stroke. Stavanger: Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine; 2017.
15. Candelaresi P., *et al.*. A high-urgency stroke code reduces in-hospital delays in acute ischemic stroke: a single-centre experience. Milan: Neurol Sci; 2017.
16. Elvas I., *et al.*. Abordagem à Vítima. 1. Ed. Instituto Nacional de Emergência Médica; 2012.
17. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. [Web page]. Ordem dos Enfermeiros; 2001 [Acedido a 17 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

