



II Congresso de Enfermagem Médico-cirúrgica da ESSV

**“Impressão
Especializada no
Cuidado à Pessoa em
Situação Crítica”**

Livro de Atas

WISEU |
Auditório da Escola Superior
de Saúde de Viseu

Ficha Técnica

TÍTULO: Livro de Atas do II Congresso de Enfermagem Médico-cirúrgica da ESSV “Impressão especializada no cuidado à pessoa em situação crítica”.

Iniciativa e coordenação U C P de Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESSV

Grafismo e paginação: Nuno Campos

EDITOR:

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, n.º 102

3500-843 Viseu

Coordenação Editorial:

Carlos Manuel de Figueiredo Pereira

Manuela Maria da Conceição Ferreira

Daniel Marques da Silva

João Carvalho Duarte

Maria Conceição Almeida Martins

José dos Santos Costa

Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Olivério de Paiva Ribeiro

Maria Odete Pereira Amaral

António Madureira Dias

Eduardo José Ferreira dos Santos

Rui Alberto Coelho de Araújo

ISBN: 878-989-98305- 8-5

DATA: 2015

LOCAL: Viseu

URL: <http://www.essv.ipv.pt/>

CITAÇÃO: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, UCP de Enfermagem Médico Cirúrgica. (2015). Livro de Atas do II Congresso de Enfermagem Médico-cirúrgica da ESSV Impressão Especializada no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica. Viseu: ESSV. Acedido em http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/livros/Livro_resumos_medico_cirurgica_2015.pdf



Apoios



SANOBI



MERCERIA
Central
DO SEIXO



MOMENTUS
BUSINESS AND SPA



O conteúdo dos trabalhos contidos neste livro não traduz, necessariamente, o pensamento do Editor e da Equipa Editorial, sendo da inteira responsabilidade dos seus autores. O Editor declina toda e qualquer responsabilidade pela utilização não autorizada de conteúdos ou imagens, por parte dos autores dos trabalhos aqui incluídos, que violem e deixam de observar os direitos de autor.

ÍNDICE

A ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ESSV	5
<i>Daniel Marques da Silva, Coordenador do Curso de Mestrado</i>	

PARTE I – ARTIGOS

1. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral: Avaliação da implementação do protocolo ...	9
<i>Sílvia Delgado, Ilda Barreira, Isabel Pires, Leonel Preto, Pedro Preto</i>	
2. Prevalência de dor fantasma, sensação fantasma e dor no membro residual após amputação: revisão sistemática	17
<i>Pedro Preto, Matilde Martins, Ilda Barreira</i>	
3. Intervenção Psicoterapêutica e Relação de Ajuda à Pessoa em Situação Crítica.....	29
<i>Ana Galvão, Pedro Rodrigues, Sandra Novo, Sandra Rodrigues</i>	
4. Satisfação Profissional dos Enfermeiros de um Hospital da Região Centro	37
<i>João Valente, João Duarte, Odete Amaral</i>	
5. Transferência Inter Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica	49
<i>Sandra Novo , Sandra Rodrigues</i>	
6. Pessoa em Situação Crítica: Importância da Via Verde Trauma	55
<i>Sandra Novo, Sandra Rodrigues</i>	

PARTE II – COMUNICAÇÕES ORAIS

1. A Importância de um Protocolo de Visitas nas Atitudes dos Enfermeiros Face à Família numa UCI Polivalente.....	69
<i>Ana Santa</i>	
2. Via aérea difícil	70
<i>Fernando Silva</i>	
3. Abordagem ao Doente Crítico - Realidade Israelita.....	71
<i>Tiago Augusto</i>	
4. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral Avaliação do Protocolo Durante Quatro Anos e Meio	72
<i>Sílvia Delgado, Ilda Barreira, Isabel Pires, Leonel Preto, Pedro Preto</i>	
5. Liderança e Motivação dos Enfermeiros.....	73
<i>Fernando Micaelo, João Carvalho Duarte, Maria Odete Amaral</i>	
6. Satisfação Profissional dos Enfermeiros de um Hospital da Região Centro	74
<i>João Valente, João Duarte, Odete Amaral</i>	
7. Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco. 2 anos de Atividade Assistencial	76
<i>João Valente, Nelson Antunes, Fernando Micaelo, Nulita Lourenço, Paulo Costa</i>	
8. Ruído Hospitalar: Mal ou Mal Necessário?	77
<i>Nélio Silva</i>	

9. Evidências das Boas Práticas na Prevenção da Infecção Respiratória Associada à Ventilação	78
<i>Natércia Coelho; Madalena Cunha</i>	
10. Casuística da Via Verde Sépsis na ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança	80
<i>Cristina Pires, Fernanda Garcia, Pedro Fernandes, Sandra Novo</i>	

PARTE III – PÓSTERES

1. Atuação Imediata no Extravasamento Vascular de Citotóxicos	83
<i>Ana Oliveira, Vera Duarte, Ana Martins</i>	
2. TISS-28. Therapeutic Intervention Scoring System	85
<i>Vitor Calvo</i>	
3. Biotecnologia no Tratamento de Feridas.....	86
<i>Sílvia Leão, Sara Fernandes, Clarinda Sousa, Joaquim Morgado</i>	
4. O Doente Crítico Submetido a Cirurgia de Controlo de Danos: Encerramento Abdominal Provisório por Vacuum Pack.....	87
<i>Vânia Pinto; Celina Cardoso; Virgínia Araújo; Ana Ferreira</i>	
5. Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco: 2 Anos de Atividade.....	88
<i>Fernando Micaelo, Nelson Antunes, João Valente, Nulita Lourenço, Paulo Costa</i>	
6. Emergência Intra Hospitalar no Instituto Português de Oncologia.....	89
<i>Diana Ferreira, Fátima Cleto, Susana Leal</i>	
7. Transferência Inter Hospitalar do Doente Crítico	90
<i>Sandra Novo, Sandra Rodrigues</i>	
8. A Pessoa em Situação Crítica: Casuística da Via Verde Trauma na Unidade Local de Saúde do Nordeste.....	91
<i>Sandra Novo, Céu Silva, Andreia Graça, Pedro Fernandes, Cristina Fernandes</i>	
9. Cuidados Paliativos em Contexto de Urgência	92
<i>Vera Almeida, Madalena Cunha, Anabela Antunes, Fernando Pina</i>	
10. Quebras Cutâneas	93
<i>Vera Carvalhinha, Madalena Cunha, Maria José Francisco, Anabela Antunes</i>	
11. Pessoa em Situação Crítica: Importância da Via Verde Trauma	94
<i>Sandra Novo, & Sandra Rodrigues</i>	
12. Pessoa em Situação Crítica: Intervenção Psicoterapêutica e Relação de Ajuda	95
<i>Sandra Novo, Ana Galvão, Sandra Rodrigues, Pedro Rodrigues</i>	
13. Prevalência de Dor Fantasma, Sensação Fantasma e Dor no Membro Residual Após Amputação: Revisão Sistemática	96
<i>Pedro Pretor, Matilde Martins, Ilda Barreira</i>	

A ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ESSF

A Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), conforme a Portaria n.º216/2005 de 24 de fevereiro, resulta da reconversão da Escola Superior de Enfermagem de Viseu pela Portaria n.º821/89 de 15 de setembro e inicialmente criada como Escola de Enfermagem de Viseu, de acordo com a Portaria n.º 228/71 de 1 de maio.

A ESSF é uma unidade orgânica de ensino e investigação do Instituto Politécnico de Viseu.

Para além dos órgãos de gestão próprios, a ESSF tem a funcionar um Departamento de Ciências de Enfermagem organizado em Unidades Científico Pedagógicas e das quais faz parte a UCP de Enfermagem Médico Cirúrgica.

Compete à UCP de Enfermagem Médico Cirúrgica, entre outras, promover a produção, o desenvolvimento e a difusão do conhecimento, a formação especializada e pós graduada e a investigação. Nesta área científica, para além da investigação realizada, têm sido organizados vários cursos nomeadamente pós graduações. No âmbito da edição deste livro queremos destacar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica (CMEMC).

O CMEMC criado na ESSF obedece ao plano de estudos estabelecido pelo despacho n.º 19 673/2009, publicado Diário da República, 2ª série, n.º.165, de 26 de agosto, o qual foi objeto de retificação por declaração de retificação n.º 19/2010, publicado em Diário da República, 2ª série, n.º 3 de 6 de janeiro.

O curso tem a duração de três semestres letivos, cada um deles com 30 ECTS. No primeiro semestre as unidades curriculares são teóricas e/ou teórico/práticas, o segundo, para além das unidades teórico/práticas, inclui já um primeiro módulo de estágio em cuidados intensivos. O terceiro semestre compreende estágios e o relatório final com discussão pública. Com a obtenção dos 90 ECTS do curso os estudantes obtêm o grau de mestre na especialidade de enfermagem médico- cirúrgica.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa assegurar a aquisição e/ou o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e de investigação para intervir na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área clínica de enfermagem médico-cirúrgica. O curso pretende também habilitar os estudantes para integrarem equipas multidisciplinares no sentido de contribuírem para a promoção do mais elevado nível de saúde da população e capacitar para o desenvolvimento da investigação na área da enfermagem médico cirúrgica, contribuindo para a criação de evidências científicas.

Na área do doente crítico (quer em ambiente de cuidados intensivos, nas enfermarias ou no pré hospitalar) a complexidade dos problemas de saúde, os avanços científicos e a sofisticação tecnológica obrigam a uma contínua procura de conhecimentos e competências para aquisição de uma preparação sólida e atualizada por parte dos profissionais de saúde. A formação contínua traduz-se assim num grande desafio e para além dos conteúdos teóricos e práticos

em sala de aula os estudantes sentem a necessidade de participar em eventos científicos fora das paredes de sala de aula.

Este curso na ESSV está a funcionar vai na sua 5ª edição e sempre com bastante procura. Os estudantes do 4º CMEMC na parte final do curso foram desafiados a envolverem-se em mais a organização dum encontro. Pese embora as actividades letivas e estágios, bem como as actividades profissionais dos estudantes (todos eles trabalhadores a tempo integral), o projecto foi abraçado e concretizado a 10 de março de 2015.

O tema “Impressão especializada no cuidado à pessoa em situação crítica” pretendeu abordar temáticas atuais, com convidados da área clinica, de escolas de enfermagem/saúde e da Ordem dos enfermeiros. A par das conferências foram organizados cursos e apresentação de comunicações livres e pósteres. O evento constituiu-se como um espaço de debate e uma oportunidade de análise e de desenvolvimentos de saberes que foram marcantes para os presentes.

Para além dos mais de 300 inscritos que puderam assistir presencialmente no auditório da ESSV, foi nosso objectivo divulgar as temáticas aí apresentados a todos os enfermeiros e de modo especial aos que trabalham nesta área. Surgiu assim o livro de atas do congresso e que agora se concretiza, convidando todos a uma leitura critica e a tirarem o máximo partido dos textos aqui expostos.


Numa primeira parte apresentamos seis artigos, na segunda parte os resumos das comunicações orais e na terceira parte os resumos dos pósteres

Consideramos que o congresso foi um sucesso quer pelo número de inscritos quer pelas temáticas apresentadas e interesse demonstrado nas sessões. Um agradecimento à comissão científica e membros da UCP de Médico Cirúrgica e por fim, mas não menos importante, sublinhamos o empenho dos estudantes do 4º CMEMC, quer nos preparativos, quer durante o encontro.

Daniel Marques da Silva
UCP de Enfermagem Médico Cirúrgica
Coordenador do Curso de Mestrado



**II Congresso de Enfermagem
Médico-cirúrgica da ESSV**



Parte I – Artigos

Via Verde do Acidente Vascular Cerebral: Avaliação da implementação do protocolo

Sílvia Delgado⁽¹⁾, Ilda Barreira⁽¹⁾, Isabel Pires⁽¹⁾, Leonel Preto⁽²⁾, Pedro Preto⁽²⁾

1. Unidade Local de Saúde do Nordeste, ildamaria25@portugalmail.pt

2. Escola Superior de Saúde de Bragança

Resumo Introdução: O AVC é uma importante causa de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Relativamente ao AVC isquémico a fibrinólise possibilita um tratamento mais eficaz da patologia com ganhos em autonomia e qualidade de vida. Métodos: Estudo retrospectivo a partir dos dados informáticos dos processos clínicos dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquémico (AVCI) que recorreram ao serviço de Urgência da unidade hospital de Bragança da Unidade Local de Saúde do Nordeste, desde 1 de janeiro de 2010 até 30 de junho de 2014. Resultados: Estudámos 819 pacientes, dos quais 61,3% apresentavam AVC isquémico (220♀ e 282♂). Apresentavam hemorragias 16,2% dos utentes (61♀ e 72♂). A prevalência de AIT foi de 22,5% (80♀ e 104♂). Obtivemos uma taxa de ativação de 35,3% para o AVC isquémico. Em 33 pacientes foi realizada fibrinólise. Os doentes sujeitos as fibrinólise pontuaram em média 15,27 na NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*) antes de realizar o tratamento. Duas horas após a realização de fibrinólise a média situou-se nos 11,82 pontos. A principal complicação do tratamento (fibrinólise) foi a transformação hemorrágica verificada em 3 situações. Conclusão: Apesar da elevada taxa de ativação do protocolo, apenas 5,7% (n=33) de um total de 502 pacientes com AVC isquémico foram fibronilizados. Esta discrepância talvez possa explicar-se pela elevada idade dos pacientes com AVCI (78,8±10,3 anos) e a sua procedência maioritariamente rural (78,9%), o que alarga o tempo desde o início dos sintomas ao diagnóstico final. Os resultados do estudo poderão servir à reavaliação de procedimentos e melhoria dos processos de notificação pré-hospitalar e comunicação grupal.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Via Verde; Resultados.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, nas quais se incluem os Síndromes Isquémicos Coronários Agudos (SICA) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) representam a primeira causa de morte no nosso país e são responsáveis por um elevado grau de incapacidade. As doenças cerebrovasculares têm registado taxas de mortalidade que têm vindo a diminuir embora ainda sejam das mais elevadas de todo o espaço europeu (Pereira., Coelho., & Barros, 2004; Silva & Gouveia, 2012). Segundo dados da Direção Geral da Saúde (DGS), e considerando apenas a população com menos de 65 anos de idade, a taxa de mortalidade padronizada por AVC era de 17,2 óbitos por cada 100 000 habitantes em 2001, desceu ligeiramente em 2004 e atingiu os 9,5 óbitos por 100 000 habitantes em 2009, segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS, 2004). O AVC é também a primeira causa de dependência e incapacidade prolongada nos países industrializados (Fernandes et al., 2012).

Quanto à incidência do AVC, esta não é conhecida com exatidão na população portuguesa, mas um estudo recente aponta as regiões rurais do norte de Portugal como sendo aquelas onde a incidência da patologia é das mais elevadas (Correia et al., 2004). O mesmo estudo refere uma taxa de letalidade aos 28 dias de 16,9% na área rural contra 14,6% na área urbana.

Face a este quadro epidemiológico, as recomendações em saúde passam por melhorar a prevenção pelo controlo dos fatores de risco e pela divulgação junto do público em geral dos sinais de alarme, pela formação de profissionais, pela existência nos hospitais de Unidades de AVC e serviços de reabilitação e pela implementação das chamadas Vias Verdes (Jauch et al., 2013). Atendendo às recomendações emanadas pela DGS e pela Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), o Centro Hospitalar do Nordeste (CHNE) colocou em funcionamento, em Janeiro de 2009, na Unidade Hospitalar de Bragança a Via Verde do AVC.

Por definição, Via Verde (VV) consiste numa estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves nas fases pré, intra e inter-hospitalar. No caso do AVC, tem como objetivo obter uma maior rapidez na triagem, com avaliação e orientação dos doentes na fase aguda da patologia, permitindo o diagnóstico e o tratamento mais adequado dentro do tempo porta-agulha ou da janela terapêutica eficaz (F. López Espuela et al., 2011).

Conseguir que os doentes tenham acesso ao tratamento farmacológico de desobstrução arterial por administração intravenosa ativador do plasminogénio tecidual recombinante (rt-PA), nos casos considerados clinicamente adequados, no tempo útil inferior a três horas após o início dos sintomas, é o principal objetivo do protocolo da VV do AVC, já que a fibrinólise pós-enfarte reduz a morbilidade e a mortalidade contribuindo para uma melhor recuperação funcional (Jauch et al., 2013).

Este estudo analisou doze meses de implementação do protocolo da VV do AVC (ano de 2010), com o objetivo de calcular a taxa de tratamento por fibrinólise, e avaliar a eficácia dessa terapêutica recorrendo à NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*), conhecida comumente no nosso país pela designação de Escala de Stroke.

Recomendações clínicas para a realização de fibrinólise

Desde a chegada do doente à unidade hospitalar até ao início do tratamento, incluindo a realização da Tomografia Axial Computorizada (TAC) não devem decorrer mais de 60 minutos; este período é designado por “tempo porta-agulha”. A realização emergente da TAC *crânio-encefálica* permite excluir situações neurológicas como os tumores e os AVCs hemorrágicos e ajudar na identificação dos AVCs isquémicos agudos, candidatos a trombólise

intravenosa com rt-PA (*Recombinant tissue plasminogen activator*), desde que não esteja presente, entre outros, um dos seguintes critérios de exclusão: *déficit neurológico menor*, hemorragia cerebral prévia, hemorragia digestiva recente, convulsão, traumatismo crânio-encefálico há menos de 3 meses e uso de hipocoagulantes (Fonarow et al., 2014; Wahlgren et al., 2007).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, descritivo e analítico. A investigação incidiu sobre a totalidade dos utentes admitidos no serviço de urgência, por diagnóstico clínico confirmado de AVC isquémico, desde 1 de janeiro de 2010 até 30 de junho de 2014. Os dados foram colhidos com base nos registos informatizados dos processos dos utentes; após autorização da comissão de ética.

A colheita de dados fez-se de acordo com uma ficha estruturada segundo as variáveis objeto de estudo. Tivemos em conta as seguintes questões: Sexo, proveniência, parâmetros fisiológicos, realização de trombólise, resultado da trombólise através da Escala de Stroke.

RESULTADOS

Estudámos 819 pacientes, dos quais 61,3% apresentavam AVC isquémico (220♀e 282♂). Apresentavam hemorragias 16,2% dos utentes (61♀e 72♂). A prevalência de Acidente Isquémico Transitório (AIT) foi de 22,5% (80♀e 104♂). Em todos os subtipos de AVC predominaram os utentes do sexo masculino.

Tabela 1- Pacientes distribuídos pelos diferentes tipos de AVC.

	n	%
AVC Isquémico	502	61,3
AVC Hemorrágico	133	16,2
AIT	184	22,5%
Total	819	100%

Na tabela 2 apresentamos as estatísticas descritivas referentes à variável idade. A idade média dos utentes foi superior para o AVC isquémico (78,8 anos), diminuiu nas

hemorragias (76,56anos) e foi menor para os AITs (74,6 anos), com diferença de médias estatisticamente significativas entre patologias.

Tabela 2- Estatísticas descritivas da idade dos doentes, por tipo de AVC.

	Doente mais novo	Doente mais velho	Média das idades	N	Desvio padrão	ANOVA
AVC Isquémico	34	102	78,8	502	10,3	p=0,000
AVC Hemorrágico	25	98	76,6	133	11,4	
AIT	25	99	74,6	184	11,7	
Total	25	102	77,5	819	10,9	

A figura 1 apresenta as vias verdes ativadas, no período em análise, de acordo com o tipo de AVC. Assim, das 305 VV ativadas, 177 reportavam-se a AVCs isquémicos, 32 a AVCs hemorrágicos e 67 a AITs. As restantes 29 ativações diziam respeito a patologias miméticas ao AVC (tais como síndromes vertiginosas, estado pós-convulsivo, etc...).

Tendo em conta apenas os AVCs isquémicos nos 4,5 anos em análise (n=502), verificámos que a Via Verde foi ativada (nestes casos) 177 vezes. Assim, obtivemos uma taxa de ativação de 35,3% para o AVC isquémico.

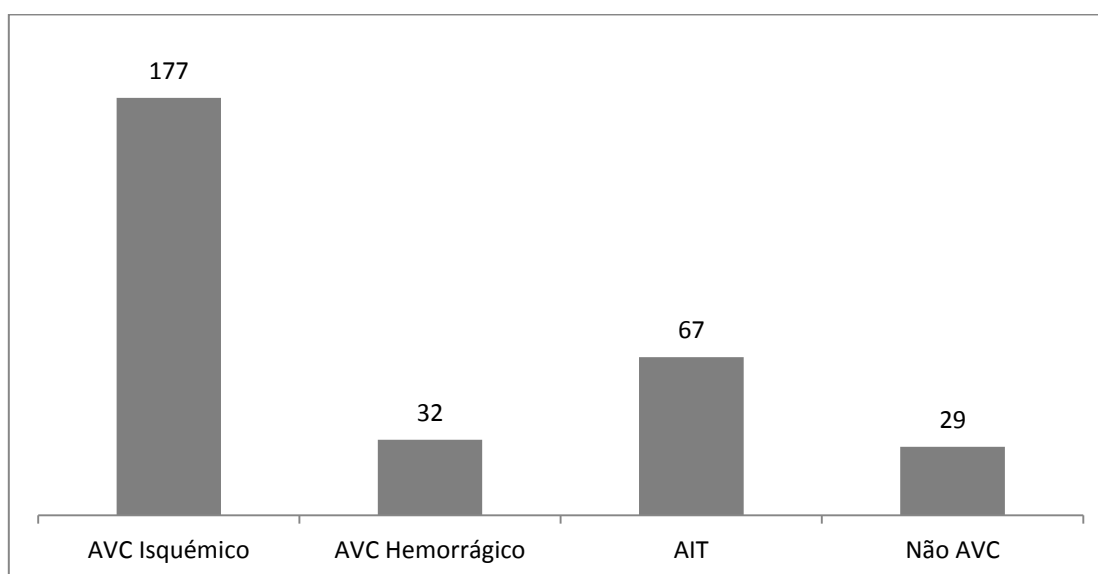


Figura 1- Vias Verdes ativadas de acordo com tipo de AVC

Na figura seguinte apresentamos a distribuição anual do número de vias verdes e fibrinólises. O número total de fibrinólises realizadas durante os 4,5 anos foi de 33 fibrinólises.

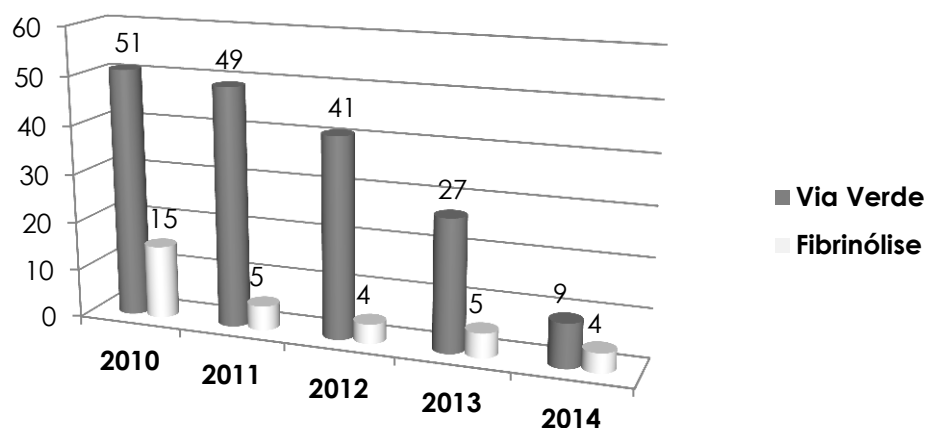


Figura 2- Distribuição anual do número de vias verdes e fibrinólises

Os doentes sujeitos a fibrinólise pontuaram em média 15,27 na NIHSS antes da realização do tratamento. Duas horas após a sua realização a média situou-se nos 11,82 pontos (Tabela 3). Assim, a fibrinólise reduziu (em média) 3,45 pontos na Escala de Stroke o que reflete melhoria neurológica após tratamento. A principal complicação do tratamento foi a transformação hemorrágica verificada em 3 situações.

Tabela 3- Médias obtidas na Escala de Stroke antes da fibrinólise e 2 horas após fibrinólise

	N	Média	Desvio Padrão
Escala de Stroke (pré-fibrinólise)	33	15,27	5,3
Escala de Stroke (pós-fibrinólise)	33	11,82	5,91

Na figura 3 apresentamos o diagrama de fluxo dos pacientes, aos quais foi ativada a Via Verde e no qual se verifica que a principal complicação do tratamento (fibrinólise) foi a transformação hemorrágica verificada em 3 situações.

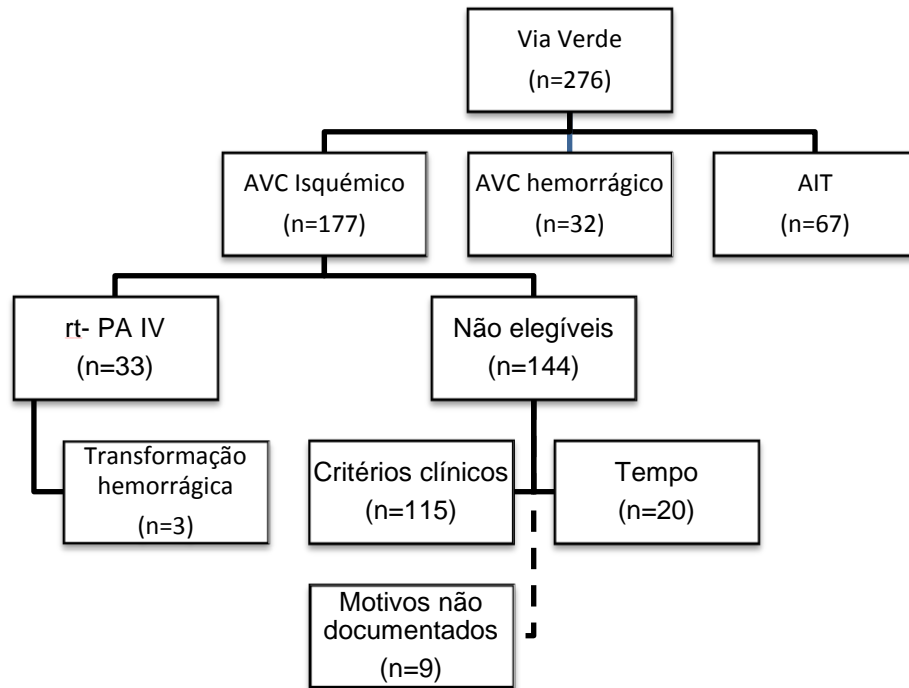


Figura 3- Diagrama de fluxo dos pacientes.

CONCLUSÕES

Concluimos que o protocolo da Via Verde foi ativado em 35,3% dos casos de AVC Isquémico, percentagem semelhante à obtida por O'Brien et al (2012) num estudo realizado na Austrália. A taxa de ativação que encontramos é maior do que a relatada em estudos realizados em Portugal (Moutinho, Magalhães, Correia, & Silva, 2013). Revisando a literatura, as taxas variam de 31 a 38% em Espanha (Fidel López Espuela, Jiménez Gracia, Barriga, & Grande Gutiérrez, 2010) e rondam os 30% em França (Daloz et al., 2012).

Apesar da elevada taxa de ativação do protocolo, apenas 5,7% (n=33) de um total de 502 pacientes com AVC isquémico foram fibrinólizados. Esta discrepância talvez possa explicar-se pela elevada idade dos pacientes com AVCI (78,8±10,3 anos) e a sua procedência maioritariamente rural (78,9%), o que alarga o tempo desde o início dos sintomas ao diagnóstico final.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Correia, M., Silva, M. R., Matos, I., Magalhães, R., Lopes, J. C., Ferro, J. M., & Silva, M. C. (2004). Prospective community-based study of stroke in Northern Portugal: incidence and case

- fatality in rural and urban populations. *Stroke*, 35(9), 2048-2053. doi: 10.1161/01.STR.0000137606.34301.13
- Dalloz, M. A., Bottin, L., Muresan, I. P., Favrole, P., Foulon, S., Levy, P., . . . Alamowitch, S. (2012). Thrombolysis rate and impact of a stroke code: a French hospital experience and a systematic review. *J Neurol Sci*, 314(1-2), 120-125. doi: 10.1016/j.jns.2011.10.009
- Fernandes, T. G., Goulart, A. C., Santos-Junior, W. R., Alencar, A. P., Benseñor, I. M., & Lotufo, P. A. (2012). Educational levels and the functional dependence of ischemic stroke survivors. *Cad Saude Publica*, 28(8), 1581-1590.
- Fonarow, G. C., Zhao, X., Smith, E. E., Saver, J. L., Reeves, M. J., Bhatt, D. L., . . . Schwamm, L. H. (2014). Door-to-needle times for tissue plasminogen activator administration and clinical outcomes in acute ischemic stroke before and after a quality improvement initiative. *JAMA*, 311(16), 1632-1640. doi: 10.1001/jama.2014.3203
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Bruno, A., Connors, J. J., Demaerschalk, B. M., . . . Cardiology, C. o. C. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870-947. doi: 10.1161/STR.0b013e318284056a
- López Espuela, F., Jiménez Gracia, M. A., Barriga, M., & Grande Gutiérrez, J. (2010). Estudio descriptivo de la activación del código ictus en la Unidad de Ictus de Cáceres. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 31(1), 22-27.
- López Espuela, F., Jiménez Gracia, M. A., Luengo Morales, E., Blanco Gazapo, A., Márquez Caballero, J., Bravo Fernández, S., & Portilla Cuenca, J. C. (2011). [A descriptive study of patients seen in a stroke unit in the Community of Extremadura]. *Enferm Intensiva*, 22(4), 138-143. doi: 10.1016/j.enfi.2010.11.002
- Moutinho, M., Magalhães, R., Correia, M., & Silva, M. C. (2013). [A community-based study of stroke code users in northern Portugal]. *Acta Med Port*, 26(2), 113-122.
- O'Brien, W., Crimmins, D., Donaldson, W., Risti, R., Clarke, T. A., Whyte, S., & Sturm, J. (2012). FASTER (Face, Arm, Speech, Time, Emergency Response): experience of Central Coast Stroke Services implementation of a pre-hospital notification system for expedient management of acute stroke. *J Clin Neurosci*, 19(2), 241-245. doi: 10.1016/j.jocn.2011.06.009
- Pereira., Coelho., & Barros. (2004). Acidente Vascular Cerebral. Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Med Port*, 17, 187-192.
- Silva, S., & Gouveia, M. (2012). Program "Via verde do AVC": analysis of the impact on stroke mortality. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 172-179. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.005>
- Wahlgren, N., Ahmed, N., Dávalos, A., Ford, G. A., Grond, M., Hacke, W., . . . investigators, S.-M. (2007). Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. *Lancet*, 369(9558), 275-282. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60149-4

Prevalência de dor fantasma, sensação fantasma e dor no membro residual após amputação: revisão sistemática

Pedro Preto⁽¹⁾, Matilde Martins⁽¹⁾, Ilda Barreira⁽²⁾

1. Escola Superior de Saúde de Bragança

2. Unidade Local de Saúde do Nordeste, ildamaria25@portugalmail.pt

Introdução: A dor no membro fantasma (DF), sensação fantasma (SF) e dor do membro residual (DMR) são situações comuns em amputados dos membros inferiores e superiores, podendo interferir com o tratamento, a reabilitação e a qualidade de vida.

Métodos: Revisão sistemática da literatura a partir de artigos científicos indexados à base de dados PubMed nos últimos dez anos. Os objetivos deste estudo foram determinar a prevalência de DF, SF e DMR e determinar os fatores de risco associados.

Resultados: A prevalência de DF foi de 17,0%-82,9%. A prevalência de SF foi de 53,8%-90,7% e a prevalência de DMR variou entre 31,0%-93,0%. As variáveis que mais influenciara as taxas de DF foram a intensidade da dor no período pré-amputação e a presença de sintomatologia depressiva após a retirada do membro.

Conclusão: Embora com grande variabilidade de resultados entre os estudos, esta revisão sistemática aponta para altas prevalências de DF, SF e DMR. Sugere-se o tratamento precoce da dor no pré e pós-operatório e o uso de tratamento farmacológico e não farmacológico para a DF e a DMF.

Palavras-chave: amputação; membro fantasma; prevalência; revisão sistemática

INTRODUÇÃO

A definição de amputação mais frequentemente aceite é a de que esta se trata de uma ablação total ou parcial de um segmento corporal pelo ato cirúrgico terapêutico ou pelo traumatismo acidental. Em 2005 existiam nos Estados Unidos cerca de 1,6 milhões de amputados prevendo-se que este número possa aumentar para 3,6 milhões em 2050 (Hsu & Cohen, 2013). De acordo com Dillingham, Pezzin e MacKenzie (2002) a causa principal de amputações prende-se atualmente com a patologia vascular (etiologia que tem vindo a aumentar principalmente em populações idosas) seguida pelo trauma, neoplasias e, em menor número, pelas anomalias congénitas.

A amputação é uma situação particularmente desfigurante que historicamente transporta consigo uma imagem de mutilação, derrota e incapacidade. Ao mesmo tempo é um ato médico-cirúrgico e uma decisão terapêutica que, embora drástica e de último recurso, tem como objetivo salvar uma vida. Assim, o processo deve ser visto não apenas como a perda de um segmento corporal que inevitavelmente irá gerar incapacidades, mas também como o início de uma nova fase decorrente da eliminação do perigo de vida e de outros sintomas intoleráveis.

A perda total ou parcial de um membro é um evento causador de um triplo prejuízo que resulta em perda de função, sensação e alteração da imagem corporal. Com efeito, a situação física da pessoa amputada, agora outra, pode confrontá-la com novas situações que o limitam na sua atividade profissional ou no desempenho das atividades de vida diária. A reintegração profissional e o nível de atividade funcional dependem grandemente do nível de amputação. Uma investigação com 30 amputados dos membros superiores concluiu que a amputação distal tem menor período de internamento e a independência funcional é mais evidente nesses casos (Sener, Algun, Karaduman, & Yakut, 1989). Pelo contrário, a amputação alta, designadamente as do membro inferior acima do joelho (*transfemurais*) têm um forte impacto na qualidade de vida e levantam consideráveis problemas na deambulação e adaptação à prótese (Hagberg & Brånemark, 2001). Neste sentido o nível determinado de acordo com as possibilidades de cada caso deve ser, regra geral, o mais longo e distal possível.

As alterações sensoriais pós amputação podem ser divididas em três categorias: Dor do Membro Fantasma (DF), Dor do Membro Residual (DMR) e Sensações Fantasmas (SF) (Hill, 1999; Hsu & Cohen, 2013). Embora os pacientes tenham por vezes dificuldade em distinguir o tipo de dor, estima-se que 95% dos indivíduos amputados apresentem sintomatologia dolorosa com maior ou menor intensidade em pelo menos uma dessas categorias (Ephraim, Wegener, MacKenzie, Dillingham, & Pezzin, 2005).

A dor pós amputação foi até meados do século XX pouco valorizada pela clínica e sistemas de saúde, com muitos indivíduos condenados ao ostracismo e os seus sintomas atribuídos a razões psicopatológicas ou tentativas de obterem ganhos secundários (Hsu & Cohen, 2013).

Tendo em conta que a dor pós amputação se repercute no processo de reabilitação, adaptação à prótese e qualidade de vida o estudo da sua prevalência poderá contribuir para a compreensão da magnitude dos seus efeitos.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a consecução dos objetivos desenhámos uma pesquisa que nos permitisse descrever e sintetizar a evidência disponível na literatura sobre esta problemática a questão de investigação, recorrendo a um tipo de estudo retrospectivo conhecido como revisão sistemática da literatura.

Os critérios de inclusão dos estudos foram: (i) os artigos serem originais e de natureza quantitativa (excluindo-se assim os editoriais, cartas ao editor, artigos teóricos, estudos de

caso e estudos qualitativos); (ii) as investigações terem por base seres humanos submetidos a amputação dos membros inferiores e/ou superiores, independentemente do tempo da sua realização; (iii) os artigos apresentarem dados sobre a prevalência da dor fantasma, sensação fantasma e dor no membro residual; (iv) estarem disponíveis na íntegra de forma livre e isenta de custos; (v) terem sido publicados nos últimos 10 anos e em língua inglesa.

Relativamente à estratégia de pesquisa foi realizada uma busca, em dezembro de 2014, utilizando a base de dados PubMed, recorrendo à seguinte sintaxe: *limb amputations AND incidence AND prevalence AND (phantom pain AND phantom limb) NOT (Review OR qualitative studies OR theoretical study OR qualitative study)*. Foi também usado o filtro condicional dos estudos terem sido publicados há menos de 10 anos. Com esta atitude pretendeu-se ter acesso ao conhecimento mais aproximado ao “estado de arte” atual.

A partir da busca realizada e de acordo com o fluxograma que se apresenta (Figura 1) foram encontrados 40 artigos, dos quais 22 foram excluídos por consenso dos autores. As razões para este fato foi por não estarem acessíveis na íntegra (N=7), por se tratar da mesma investigação, mas publicada em diferentes revistas (N=1), por se tratarem de artigos eminentemente teóricos (N=4) e por não apresentarem os dados epidemiológicos referentes à prevalências das variáveis objeto deste estudo.

Após os procedimentos metodológicos anteriormente descritos foram selecionados 18 artigos para revisão sistemática.

Questão de investigação

Com vista a situar a problemática em estudo foi enunciada a seguinte questão de investigação: Qual a prevalência de dor fantasma, sensação fantasma e dor no membro residual em pacientes submetidos a cirurgia de amputação dos membros superiores ou inferiores?

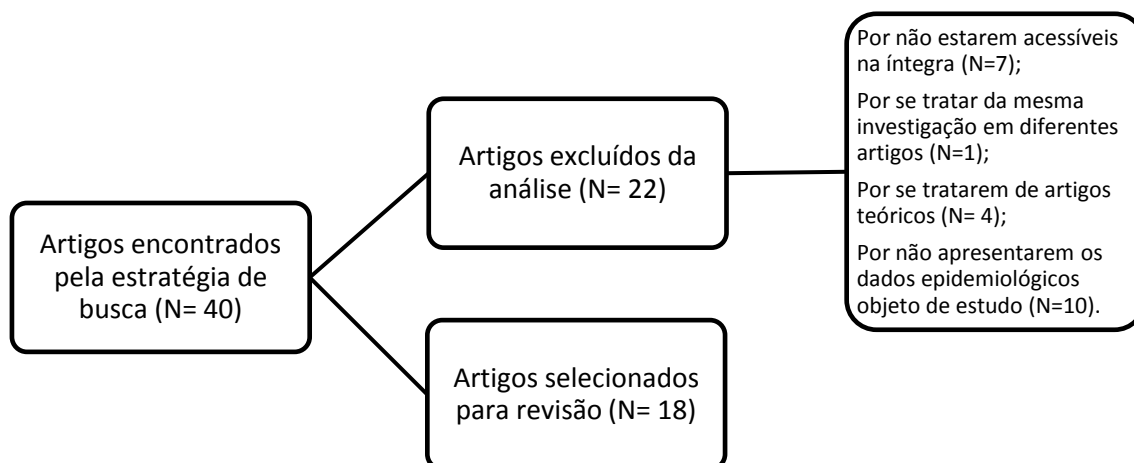


Figura 1- Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados

RESULTADOS

Os resultados provenientes da análise dos 18 estudos são apresentados na Tabela 1 de modo a facilitar a apresentação dos dados e a resposta à questão de investigação.

Relativamente ao estudo mais recente por nós encontrado (Matsumoto, Khan, Jayabalan, Ziebarth, & Munin, 2014) os autores procuram esclarecer a incidência de ossificação heterotópica (novas formações ósseas no local da amputação) entre amputados seguidos no ambulatório de um grande centro hospitalar. Os autores encontraram uma prevalência de DF de 61,0% e DMR de 46%.

Em 2013, Fares et al publicaram resultados sobre a prevalência da dor e sequelas neurológicas em 83 crianças e adolescentes vítimas de minas e bombas de fragmentação no conflito libanês. A prevalência de DF de 37,4% e DMR de 71,0% (Fares et al., 2013).

O terceiro estudo analisado refere dados de amputados dos membros inferiores após realização de entrevista telefónica. O estudo relata uma taxa de DF de 25,0%, SF= 63,0% e DMR= 39,0% (Sin, Thong, & Poon, 2013).

Quanto ao estudo de Clark, Bowling, Jepson, & Rajbhandari (2013) os autores concluíram que a prevalência de dor fantasma não difere significativamente entre amputados diabéticos e não-diabéticos. Para o total da amostra a DF foi prevalente em 85,6% dos casos e a SF em 68,0%.

Um estudo em crianças e adultos jovens com amputação relacionada com cancro e que teve como objetivo analisar a incidência de DF, no primeiro ano após a amputação concluiu que a DF é uma ocorrência comum (76,0%) mas geralmente de curta duração na maioria dos pacientes (Burgoyne et al., 2012).

O estudo *“Survey of phantom limb pain, phantom sensation and stump pain in Cambodian and New Zealand amputees”*, encontrou as seguintes prevalências: DF= 51,7%, SF= 79,3%, DMR= 62,1% (Byrne, 2011).

Um estudo conduzido por Karanikolas et al (2011) sugere que a otimização analgésica no pré-operatório reduz a intensidade e a prevalência de DF posterior, variando a prevalência de DF de 23 a 75% conforme o tipo de analgesia (Karanikolas et al., 2011).

Uma investigação que teve veteranos da guerra do Vietname como alvo encontrou DF= 72,0% e DMR= 48%. O estudo revelou ainda uma alta prevalência de dor lombar consequência de amputação dos membros por desequilíbrios musculares (36,2%), depressão (24,5%) e stress pós-traumático (37,6%) (Reiber et al., 2010).

O estudo de Desmond e Maclachlan (2010), que analisou 141 amputados de longa data, aponta maiores prevalências para a dor no coto quando comparada com a dor fantasma (DMF= 43,3% e DF= 42,6%, respetivamente).

No que respeita ao estudo de Probstner et al (2010) *“Phantom limb phenomena in cancer amputees”* os autores concluíram que a DF (46,7%), SF (90,7%) e a DMR (32,0%) apresentam uma grande prevalência nas amputações de origem tumoral.

O estudo *“Chronic pain associated with upper-limb loss”* realizado 6 meses após cirurgia de amputação de membros superiores refere alterações na qualidade de vida relacionada com a saúde com taxas de DF de 79% e DMR de 71% (Hanley et al., 2009).

Um outro estudo sobre os resultados a longo prazo de amputações transtibiais em tempo de guerra encontrou como sintomas mais comuns a DF (17%) as SF (54%), (17%), e a DMR (42%) (Ebrahimzadeh & Hariri, 2009).

Uma pesquisa realizada na Alemanha por Kern et al (2009), com base em 537 amputados encontrou DF= 74,5%, SF= 73,4% e DMR= 45,2%.

O estudo de Schley et al (2008) concluiu que os pacientes amputados experimentam sensações fantasmas e dor fantasma bastante notória 1 mês após a amputação, ocorrendo um segundo pico 12 meses após a amputação. Aos 3 anos de follow-up os autores encontraram DF= 44,6%, SF= 53,8% e DMR= 61,5%.

Mishra et al (2007) estudaram 42 pacientes amputados de etiologia tumoral e concluíram que a dor fantasma é bem combatida com opioides no pós-operatório e que os análgicos de um modo geral desempenham um importante papel na gestão dessa sintomatologia. Os autores encontraram: DF= 60,0%, SF= 69,0% e DMR= 31,0%.

Ong et al (2006) estudaram os efeitos de diferentes técnicas anestésicas sobre a DF. Os pacientes que receberam anestesia epidural e raquidiana apresentaram, na primeira semana do pós-operatório, menos DF que os pacientes que receberam anestesia geral. Contudo, a técnica anestésica não teve efeito sobre a DF, SF e DMR aos 14 meses após a amputação de membros inferiores. Aos 24 meses os pacientes apresentavam DF= 63,1%, DMR= 32,6%.

Um estudo de 2007 sugere a dor pré-amputação e dor aguda pós-operatória pode estar associada à sintomatologia dolorosa crônica, aconselhando intervenções precoces destinadas a prevenir ou controlar a dor relacionadas com a amputação (Hanley et al., 2007). Aos 24 meses pós-amputação o estudo relata: DF= 62,0%, DMR= 57%.

O estudo mais antigo que analisamos (Ephraim et al., 2005) concluiu que a dor crônica é altamente prevalente entre as pessoas com perda de um membro, independentemente do tempo de amputação. Segundo este estudo um preditor comum da intensidade da DF é a presença de sintomatologia depressiva entre amputados. O estudo encontrou: DF= 82,9% e DMR=67,7%.

Tabela 1- Principais resultados dos estudos incluídos

N	Autor	Número de pacientes	Idade	Local de amputação	Tempo de amputação	Etiologia da amputação	Prevalência de dor
(1)	Matsumoto et al (2014)	158	46,6±17,5	MI (100%)	ND	Trauma= 59% Vascular= 22% Infeção= 22% Câncer= 1%	<i>Dor fantasma= 61,0%</i> Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= 46%
(2)	Fares et al. (2013)	83	14,0±ND	ND	ND	Trauma= 100%	<i>Dor fantasma= 37,4%</i> Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= 71%
(3)	Sin et al. (2013)	159	20-99	MI (100%)	31 meses	Trauma= 8% Vascular= 33% Infeção= 47% Câncer=2%	<i>Dor fantasma= 25%</i> Sensação fantasma= 63% Dor no coto ou membro residual= 39%
(4)	Clarke et al. (2013)	88	69,2±1,27	MI (100%)	Até 3 anos	Trauma= 100%	<i>Dor fantasma= 85,6%</i> Sensação fantasma= 68% Dor no coto ou membro residual= ND
(5)	Burgoyne et al (2012)	25	Mediana= 15 anos	MI (100%)	1 ano	Cancer= 100%	<i>Dor fantasma= 76%</i> Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= ND
(6)	Byrne, K. (2011)	56	40,3±10,5	MI (96,7%) MS (3,3%)	ND	Trauma= 76% Vascular= 10,2% Infeção= 3,4% Câncer= 10,3%	<i>Dor fantasma= 51,7%</i> Sensação fantasma= 79,3% Dor no coto ou membro residual= 62,1%
(7)	Karanikolas et al. (2011)	63	71,7±13	MI= 100%	6 meses	ND	<i>Dor fantasma= 23% a 75% (variando conforme tipo de analgesia).</i> Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= ND
(8)	Reiber et al. (2010)	283	60,7±3	ND	Longo prazo	Trauma= 100%	<i>Dor fantasma= 72%</i> Sensação fantasma= ND Dor no coto/ membro residual=48%
(9)	Desmond et al (2010)	141	74,8±ND	MS (100%)	Longo prazo	Trauma= 97,9% Infeção= 1,4% Câncer= 0,7%	<i>Dor fantasma= 42,6%</i> Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= 43,3%

Principais resultados dos estudos incluídos (*Continuação*)

N	Autor	Número de pacientes	Idade	Local de amputação	Tempo de amputação	Etiologia da amputação	Prevalência de dor
(10)	Probstner et al (2010)	65	54,4±18,5	MI (92%) MS (8%)	1 ano	Câncer= 100%	<i>Dor fantasma= 46,7%</i> <i>Sensação fantasma= 90,7%</i> <i>Dor no coto ou membro residual= 32%</i>
(11)	Hanley et al. (2009)	104	46,9±14,5	MS=100%	6 meses	Trauma= 83% Infecção= 8% Vascular= 8% Câncer= 1%	<i>Dor fantasma= 79%</i> <i>Sensação fantasma= ND</i> <i>Dor no coto ou membro residual= 71%</i>
(12)	Ebrahimzadeh et al (2009)	200	17,4±ND	MI (±95%) MS (±5%)	Longo prazo	Trauma= 100%	<i>Dor fantasma= 17%</i> <i>Sensação fantasma= 54%</i> <i>Dor no coto ou membro residual= 42%</i>
(13)	Kern et al (2009)	537	ND	ND	Longo prazo	ND	<i>Dor fantasma= 74,5%</i> <i>Sensação fantasma= 73,4%</i> <i>Dor no coto ou membro residual= 45,2%</i>
(14)	Schley et al (2008)	96	ND	MS (100%)	Até 3 anos	Trauma=100%	<i>Dor fantasma= 44,6%</i> <i>Sensação fantasma= 53,8%</i> <i>Dor no coto ou membro residual= 61,5%</i>
(15)	Mishra et al. (2007)	42	ND	ND	1 mês pós-operatório	Câncer= 100%	<i>Dor fantasma= 60%</i> <i>Sensação fantasma= 69%</i> <i>Dor no coto ou membro residual= 31%</i>
(16)	Ong et al. (2006)	150	59,6±12,8	MI (100%)	24 meses do pós-operatório	Trauma= 9,2% Vascular= 90,8%	<i>Dor fantasma= 63,1%</i> <i>Sensação fantasma=ND</i> <i>Dor no coto ou membro residual= 32,6%</i>
(17)	Hanley et al. (2007)	57	44,2±12,6	MI (100%)	Aos 4-5 dias Aos 24 meses	Trauma= 70% Vasculares= 25% Infecção= 5%	<i>Aos 4-5 dias: Dor fantasma= 67%; Sensação fantasma= ND; Dor no coto ou membro residual= 93%.</i> <i>Aos 24 meses: Dor fantasma= 62%; Sensação fantasma= ND; Dor no coto ou membro residual= 57%.</i>
(18)	Ephraim et al. (2005)	914	50,3±13,3	MS= 10,9 MI= 88,9	Longo prazo	ND	<i>Dor fantasma= 82,9%</i> <i>Sensação fantasma=ND</i> <i>Dor no coto ou membro residual= 67,7%</i>

CONCLUSÕES

Dando resposta à questão de investigação formulada a prevalência de DF variou entre 17,0%-82,9% e da SF entre 53,8%-90,7% e da DMR entre 31,0%-93,0%.

Apesar do fenómeno do membro fantasma em amputados constituir uma entidade clínica que só a partir de meados do século XX despertou a curiosidade de investigadores pensamos que existe hoje em dia um suporte científico bem estruturado que aponta a altas prevalências de DF, SF e DMR independentemente das causas de amputação. Esta evidência sugere que o controlo da dor no pré e no pós-operatório constitui a melhor arma para a prevenção da DF.

Encontrámos um estudo que aponta que a redução de sintomatologia depressiva poderá reduzir a DF. Encontrámos um estudo que associa a DF nos primeiros dias do pós-operatório com as técnicas anestésicas utilizadas. Não foram por nós encontrados estudos que associem as técnicas cirúrgicas com a posterior prevalência de dor. Contudo, é de esperar que o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas possa conduzir a cotos mais funcionais e adaptáveis a próteses com redução da prevalência de DMR. Como não foram por nós encontrados investigações focadas nesta vertente sugerimos a realização de estudos de investigação por parte dos enfermeiros já que esta fase parece ser essencial para a redução da dor no coto e membro residual.

O nosso trabalho apresenta várias limitações. Assim, ao confinarmos a análise aos artigos publicados em língua inglesa poderemos ter incorrido num viés de idioma. Por outro lado, ao definirmos a localização dos estudos às bases PubMed poderemos ter deixado fora de análise trabalhos importantes localizados em outros indexadores. O facto de termos limitado a análise aos 10 últimos anos, poderá ter restringido o número de publicações encontradas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burgoynes, L. L., Billups, C. A., Jirón, J. L., Kaddoum, R. N., Wright, B. B., Bikhazi, G. B., . . . Pereiras, L. A. (2012). Phantom limb pain in young cancer-related amputees: recent experience at St Jude children's research hospital. *Clin J Pain, 28*(3), 222-225. doi: 10.1097/AJP.0b013e318227ce7a
- Byrne, K. P. (2011). Survey of phantom limb pain, phantom sensation and stump pain in Cambodian and New Zealand amputees. *Pain Med, 12*(5), 794-798. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01105.x
- Clark, R. L., Bowling, F. L., Jepson, F., & Rajbhandari, S. (2013). Phantom limb pain after amputation in diabetic patients does not differ from that after amputation in nondiabetic patients. *Pain, 154*(5), 729-732. doi: 10.1016/j.pain.2013.01.009
- Desmond, D. M., & Maclachlan, M. (2010). Prevalence and characteristics of phantom limb pain and residual limb pain in the long term after upper limb amputation. *Int J Rehabil Res, 33*(3), 279-282. doi: 10.1097/MRR.0b013e328336388d

- Dillingham, T. R., Pezzin, L. E., & MacKenzie, E. J. (2002). Limb amputation and limb deficiency: epidemiology and recent trends in the United States. *South Med J*, *95*(8), 875-883.
- Ebrahimzadeh, M. H., & Hariri, S. (2009). Long-term outcomes of unilateral transtibial amputations. *Mil Med*, *174*(6), 593-597.
- Ephraim, P. L., Wegener, S. T., MacKenzie, E. J., Dillingham, T. R., & Pezzin, L. E. (2005). Phantom pain, residual limb pain, and back pain in amputees: results of a national survey. *Arch Phys Med Rehabil*, *86*(10), 1910-1919. doi: 10.1016/j.apmr.2005.03.031
- Fares, Y., Ayoub, F., Fares, J., Khazim, R., Khazim, M., & Gebeily, S. (2013). Pain and neurological sequelae of cluster munitions on children and adolescents in South Lebanon. *Neurol Sci*, *34*(11), 1971-1976. doi: 10.1007/s10072-013-1427-4
- Hagberg, K., & Brånemark, R. (2001). Consequences of non-vascular trans-femoral amputation: a survey of quality of life, prosthetic use and problems. *Prosthet Orthot Int*, *25*(3), 186-194.
- Hanley, M. A., Ehde, D. M., Jensen, M., Czerniecki, J., Smith, D. G., & Robinson, L. R. (2009). Chronic pain associated with upper-limb loss. *Am J Phys Med Rehabil*, *88*(9), 742-751; quiz 752, 779. doi: 10.1097/PHM.0b013e3181b306ec
- Hanley, M. A., Jensen, M. P., Smith, D. G., Ehde, D. M., Edwards, W. T., & Robinson, L. R. (2007). Pre-amputation pain and acute pain predict chronic pain after lower extremity amputation. *J Pain*, *8*(2), 102-109. doi: 10.1016/j.jpain.2006.06.004
- Hill, A. (1999). Phantom limb pain: a review of the literature on attributes and potential mechanisms. *J Pain Symptom Manage*, *17*(2), 125-142.
- Hsu, E., & Cohen, S. P. (2013). Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. *J Pain Res*, *6*, 121-136. doi: 10.2147/JPR.S32299
- Karanikolas, M., Aretha, D., Tsolakis, I., Monantera, G., Kiekkas, P., Papadoulas, S., . . . Filos, K. S. (2011). Optimized perioperative analgesia reduces chronic phantom limb pain intensity, prevalence, and frequency: a prospective, randomized, clinical trial. *Anesthesiology*, *114*(5), 1144-1154. doi: 10.1097/ALN.0b013e31820fc7d2
- Kern, U., Busch, V., Rockland, M., Kohl, M., & Birklein, F. (2009). [Prevalence and risk factors of phantom limb pain and phantom limb sensations in Germany. A nationwide field survey]. *Schmerz*, *23*(5), 479-488. doi: 10.1007/s00482-009-0786-5
- Matsumoto, M. E., Khan, M., Jayabalan, P., Ziebarth, J., & Munin, M. C. (2014). Heterotopic ossification in civilians with lower limb amputations. *Arch Phys Med Rehabil*, *95*(9), 1710-1713. doi: 10.1016/j.apmr.2014.03.010
- Mishra, S., Bhatnagar, S., Gupta, D., & Diwedi, A. (2007). Incidence and management of phantom limb pain according to World Health Organization analgesic ladder in amputees of malignant origin. *Am J Hosp Palliat Care*, *24*(6), 455-462. doi: 10.1177/1049909107304558
- Ong, B. Y., Arneja, A., & Ong, E. W. (2006). Effects of anesthesia on pain after lower-limb amputation. *J Clin Anesth*, *18*(8), 600-604. doi: 10.1016/j.jclinane.2006.03.021
- Probstner, D., Thuler, L. C., Ishikawa, N. M., & Alvarenga, R. M. (2010). Phantom limb phenomena in cancer amputees. *Pain Pract*, *10*(3), 249-256. doi: 10.1111/j.1533-2500.2009.00340.x

- Reiber, G. E., McFarland, L. V., Hubbard, S., Maynard, C., Blough, D. K., Gambel, J. M., & Smith, D. G. (2010). Servicemembers and veterans with major traumatic limb loss from Vietnam war and OIF/OEF conflicts: survey methods, participants, and summary findings. *J Rehabil Res Dev*, *47*(4), 275-297.
- Schley, M. T., Wilms, P., Toepfner, S., Schaller, H. P., Schmelz, M., Konrad, C. J., & Birbaumer, N. (2008). Painful and nonpainful phantom and stump sensations in acute traumatic amputees. *J Trauma*, *65*(4), 858-864. doi: 10.1097/TA.0b013e31812eed9e
- Sener, G., Algun, C., Karaduman, A., & Yakut, Y. (1989). Outcome of activities of daily living in upper limb amputees. *Clinical Rehabilitation*, *3*, 103-105.

Intervenção Psicoterapêutica e Relação de Ajuda à Pessoa em Situação Crítica

Ana Galvão⁽¹⁾, Pedro Rodrigues⁽²⁾, Sandra Novo⁽²⁾, Sandra Rodrigues⁽²⁾

⁽¹⁾ Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

⁽²⁾ Unidade Local de Saúde do Nordeste, smfnovo@sapo.pt

Resumo Os enfermeiros desenvolvem as suas intervenções terapêuticas num ambiente de stress, ansiedade, desconforto e insegurança, sendo-lhes exigida uma postura de suporte, ajuda incondicional, resolução atempada de situações críticas e graves. Para tal a relação de ajuda é fundamental. O presente artigo consiste numa revisão bibliográfica, centrada na temática da relação de ajuda no serviço de urgência, portanto no cuidado à pessoa em situação crítica. Tem como objetivo principal identificar como se desenvolve a relação de ajuda nas intervenções psicoterapêuticas de enfermagem no serviço de urgência. Utilizamos a metodologia PICO e foram selecionados 10 trabalhos de uma amostra de 25 artigos científicos, dissertações e teses de investigação, divulgados no período de 2009 a 2012. Os resultados evidenciam que os enfermeiros nos serviços de urgência, procuram dar apoio, ajudar, comunicar, compreender o doente, bem como os seus familiares, tentando não só proporcionar conforto através do controlo de sintomas. Os artigos consultados evidenciam a importância atribuída à relação de ajuda, existindo contudo algumas dificuldades no estabelecimento da mesma no serviço de urgência. Constatamos que as dificuldades se prendem com o modelo organizacional e arquitetónico dos serviços de urgência, não favorecendo a comunicação nem a relação de ajuda.

Palavras-chave: Enfermeiros; Intervenção Psicoterapêutica; Relação de Ajuda.

INTRODUÇÃO

A relação de ajuda desenvolvida inicialmente na área psicologia e foi mais tarde incorporada noutros domínios (educação, ciências humanas e cuidados aos doentes). No campo dos cuidados de enfermagem a relação de ajuda tornou-se um meio poderoso de intervenção (Phaneuf, 2005). A relação de ajuda confere profissionalismo e eficácia aos cuidados de enfermagem e proporciona uma melhor visibilidade da profissão. Segundo a autora, o enfermeiro para estabelecer uma relação de ajuda, deve apresentar determinadas atitudes e requisitos: a presença, a vontade de não julgar, não diretividade, não centralização na pessoa a ajudar, a escuta e a consideração positiva.

O estabelecimento de uma relação de escuta e de compreensão é importante para ajudar a ultrapassar as dificuldades ao doente, promovendo alívio da ansiedade, de liberdade de certas emoções, de serenidade e tranquilidade (Simões e Rodrigues, 2010).

Para que a relação de ajuda se estabeleça é necessário que as pessoas envolvidas se respeitem e se reconheçam como seres iguais. É muito importante que exista autenticidade e congruência. A afetividade é outro aspeto importante, permitindo uma relação de confiança. A escuta, o toque, o olhar e o silêncio também devem ser considerados. O toque é um dos meios de contacto mais direto, sendo através dele que o profissional pode captar e dar informações, receber e transmitir

mensagens. Quando utilizado no momento oportuno, o toque apresenta extrema importância e valor terapêutico, porque raramente deixa indiferente a pessoa que necessita de ajuda, podendo ser o último modo de contacto, quando não se sabe o que dizer. Em relação ao olhar, a sua importância revela-se quando, ao olhar para o utente, se faz com que este sinta que existe para o profissional (Phaneuf, 2005). A autora define alguns objetivos que têm por base, ajudar a pessoa cuidada a:

- Colocar a sua dificuldade em palavras
- Aceitar a dor ou as dificuldades de uma situação com serenidade
- Ver o seu problema mais claramente, de maneira mais realista, nas suas justas projeções, e modificar as suas perspetivas sobre o assunto
- Apresentar o seu problema como se lhe coloca, enquanto ser único
- Compreender e comunicar as diferentes ligações entre os acontecimentos da sua vivência e as diferentes relações de força que se exercem entre as pessoas – chave da sua vida para chegar a uma melhor compreensão de um problema ou de um conflito
- Expressar os seus sentimentos e as suas opiniões, mesmo se negativos
- Libertar a sua tensão
- Sentir-se escutado, aceite tal como é, e compreendido
- Sentir-se mais à vontade para comunicar
- Ter em conta os outros e tornar-se consciente das suas responsabilidades
- Estabelecer uma relação significativa que servirá de trampolim para o estabelecimento de outras relações interpessoais
- Desenvolver uma auto-imagem positiva
- Modificar certos comportamentos que prejudicam a sua adaptação
- Encontrar um sentido para a dificuldade
- Conhecer os recursos pessoais de que dispõe para resolver as suas dificuldades
- Ver a sua vida de forma confiante e mais positiva, e formular objetivos de vida
- Enfrentar a morte com dignidade e serenidade.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura com base na análise de literatura científica publicada. A revisão da literatura é uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Martins, Agnés e Sapeta, 2012). Este método conjuga a melhor evidência científica encontrada sobre a temática da investigação.

A partir da escolha do método, definiu-se como questão norteadora: Como se desenvolve a relação de ajuda nas intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?

Após a definição da questão central, aplicamos o protocolo de pesquisa adequado para este tipo de estudos definindo os Participantes (P); as Intervenções (I); as eventuais Comparações (C) e os Resultados (O). Apresentamos no Quadro 1, o resumo dos parâmetros PICO, determinados para esta revisão da literatura.

Quadro 1- Resumo dos parâmetros PICO

P	Participantes	Enfermeiros. Doente/Família no Serviço de Urgência.
I	Intervenções	Intervenções de Enfermagem na Relação de ajuda na prestação de Cuidados de Enfermagem, na Comunicação, no Controlo de sintomas. Identificar dificuldades.
C	Comparações	Encontrar eventuais comparações sobre a relação de ajuda nas diferentes situações clínicas dos serviços de urgência.
O	Outcomes	Eventual caracterização da relação de ajuda nas intervenções terapêuticas prestadas. Apresentar as dificuldades na prestação de cuidados.

PROCEDIMENTOS

Para a pesquisa dos estudos relevantes foram selecionadas palavras-chave que a conduziram e delimitaram: relação de ajuda, comunicação terapêutica, humanização, enfermagem/ enfermeiros no serviço de urgência. A pesquisa realizou-se nas seguintes bases de dados científicas: *PubMed*, Biblioteca do conhecimento *online B-On*, e *Nursing and Allied health collection*. Consideraram-se também as referências bibliográficas dos artigos consultados. Utilizamos os idiomas portugueses e espanhol. Para complementar a pesquisa utilizamos também o Google académico, consultamos os repositórios científicos da Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Bragança e algumas páginas de associações de urgência/emergência. Procuramos ainda nos índices de algumas revistas conceituadas na área de enfermagem de emergência. No total foram identificados, por título, 24 artigos pertinentes para este estudo. Através da leitura do *abstract* e aplicando os critérios de exclusão e inclusão, apresentados no Quadro 2, aceitamos 10 estudos tendo sido rejeitados 14.

Quadro 2- Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar as palavras relação de ajuda e/ou comunicação terapêutica e/ou enfermagem/enfermeiro no serviço de urgência no título; - Ser uma revisão da literatura, um artigo científico, uma dissertação ou tese; - Apresentar informação ao nível dos parâmetros considerados para analisar: Participantes (P), Intervenções (I), Comparações (C) e Resultados (O); - Ser referente a profissionais de enfermagem que prestam cuidados e a pessoas no serviço de urgência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Referir-se a crianças exclusivamente ou a populações concretas; - Não ter sido publicado entre 2009 e 2012.

PARTICIPANTES

Aquando da leitura integral das referências selecionadas foram identificados os participantes, as intervenções, as comparações e os resultados sendo que a síntese de cada um deles é apresentada no Quadro 3. Os participantes considerados foram os enfermeiros, os doentes e a família no Serviço de Urgência.

Quadro 3 – Síntese dos artigos seleccionados

TÍTULO	AUTORES/ DATA	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência	Adriana Gallo; Hellen Mello. 2009	Equipe de atendimento/profissionais de saúde do serviço de urgência (análise de 9 artigos).	Avaliar através da revisão da literatura, a importância da equipe em valorizar as necessidades, identificar as frustrações, emoções e desejos do paciente.	O atendimento humanizado, nos setores de urgência e emergência, é um ato a seguir, a fim de melhorar a assistência não só de enfermagem, mas de toda a equipe. Tal tarefa requer tempo de adaptação devido às rotinas que são instauradas nos serviços hospitalares e que contribuem para os profissionais cumprirem protocolos de atendimento estabelecidos.
Comunicação de enfermeiro / utente num serviço de urgência	Natália das Graças Garcia Pereira 2009	Enfermeiros (5) e Utentes (30).	Estudar a comunicação do enfermeiro com o utente, com a finalidade de conhecer a interação no processo de cuidar e na qualidade de cuidados e satisfação dos utentes.	As conclusões evidenciam uma orientação do cuidado de enfermagem para a pessoa, tendo sido identificadas duas dimensões que se interligam, a conceção do cuidado de enfermagem e a comunicação, parecendo haver nos sujeitos do estudo uma orientação de predominância para o paradigma da transformação.
Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de Emergência: percepção do usuário	Inês Maciak; Juliana Sandri; Fernanda Spier 2009	Utentes (4) e familiares (3).	Analisar o atendimento recebido, a satisfação e os problemas enfrentados, relacionadas com a humanização.	Os resultados evidenciaram deficiências no atendimento, na estrutura física hospitalar e no ambiente de trabalho. Os utentes e familiares consideraram a assistência adequada por terem sido atendidos com atenção, carinho e eficiência.
Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?	António Veiga; Carla Barros; Paulo Couto; Pedro Vieira 2009	Enfermeiros (20 entrevistas).	Descrever os fenómenos relacionados com o processo de percepção das intervenções terapêuticas de enfermagem.	Os enfermeiros valorizam intervenções do tipo relacionais como a comunicação, o conforto, o apoio e acompanhamento pela família, proporcionar um ambiente calmo, com privacidade, e algumas técnicas como o alívio dos sintomas, especificamente da dor.
Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio	Rita Avanci; Antónia Furegato; Maria Morais; Luiz Pedrão 2009	Enfermeiro (1) e doente (1).	Análise de uma relação terapêutica enfermeiro-paciente, após tentativa de suicídio de uma paciente.	A análise apresentou quatro etapas: 1) O exame - a enfermeira escutou a paciente, estimulou a expressão, esclarecendo os procedimentos técnicos. Iniciou-se um processo empático, de confiança; 2) Saudade de casa - a paciente expressou sentimentos sobre a casa e familiares; 3) Tentativa de suicídio - verbalizou sua experiência (tentativa de suicídio), percebendo sua participação, realizando uma autorreflexão; 4) O cotidiano - expressou outros sentimentos nas suas atividades.

<p>A comunicação enfermeiro-doente como estratégia para alívio do sofrimento na fase terminal da vida: uma revisão da literatura.</p>	<p>Ana Almeida; Carmen Ferreira; Margarida Lança; Mariana Rodrigues; César Fonseca; Teresa Rebelo. 2010</p>	<p>Enfermeiros; Doentes em fim de vida e seus familiares (análise de 8 artigos).</p>	<p>Revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar as necessidades de comunicação dos doentes em fim de vida e seus familiares.</p>	<p>O estudo relata que as principais necessidades dos doentes em fim de vida e da sua família são a gestão da dor e do sofrimento, bem como a necessidade de comunicação. Os enfermeiros deveriam desenvolver e aprofundar as suas competências comunicacionais, de forma a responder às necessidades dos utentes.</p>
<p>A relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida.</p>	<p>Manuel Rodrigues; Rosa Simões 2010</p>	<p>Enfermeiros (56).</p>	<p>Estudo com o objetivo de avaliar as competências relacionais de ajuda dos enfermeiros, a importância da formação, a satisfação com a vida em geral e as relações entre competências relacionais e a formação contínua.</p>	<p>Os enfermeiros consideram as competências relacionais fundamentais para o cuidado do doente em fim de vida. Relacionam esta capacidade com a formação que desenvolveram sobre relação de ajuda, bem como a satisfação que têm com a vida em geral.</p>
<p>Desafios de enfermagem na assistência humanizada na unidade de terapia intensiva</p>	<p>Iolanda Figueiredo; Douglas Ferrari. 2010</p>	<p>Enfermeiros e utentes UTI e familiares (análise de 22 artigos).</p>	<p>Através deste estudo descritivo e exploratório procuraram identificar as necessidades e desafios enfrentados pelos enfermeiros.</p>	<p>O estudo refere a tecnologia e a comunicação como suportes essenciais ao cuidado, embora a tecnologia seja apontada como fator de desumanização ela é necessária ao cuidado intensivo. Procuram definir estratégias que viabilizem a humanização em detrimento da visão mecânica e biológica que impera nestes serviços.</p>
<p>Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio</p>	<p>Clara Cassia Versiani; Keomas Silva; Tereza Cristina Silva Bretãs et al 2012</p>	<p>Enfermeiros (análise de 32 artigos).</p>	<p>Este estudo exploratório e descritivo de revisão de literatura pretende avaliar a possibilidades de um processo de atendimento humanizado.</p>	<p>A humanização dos serviços de saúde implica uma transformação do próprio modo como se concebe o utente do serviço. Essa transformação enfoca a saúde numa dimensão ampliada, relacionada com as condições de vida inseridas num contexto sociopolítico e económico. Ressalta-se que resgatar a formação humanística, tanto quanto a capacitação em relacionamento interpessoal dos profissionais da enfermagem, é fundamental para uma assistência mais empática, de qualidade, eficiência e confiabilidade.</p>
<p>Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados</p>	<p>Mónica Martins Patricia Agnés Paula Sapeta 2012</p>	<p>Enfermeiros, utentes e familiares (análise de 10 artigos).</p>	<p>Os autores procuraram identificar as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados no serviço de urgência, bem como caracterizar a natureza dos cuidados neste contexto.</p>	<p>Os resultados identificam que as principais dificuldades se prendem com o modelo organizacional e arquitetónico dos serviços de urgência que não favorecem a comunicação nem a relação de ajuda.</p>

RESULTADOS

De acordo com os estudos consultados, as intervenções psicoterapêuticas de enfermagem no âmbito da relação de ajuda, sendo descritas as narrativas da importância das intervenções terapêuticas de

enfermagem e das dificuldades sentidas no desenvolvimento das mesmas. São também, apresentadas algumas propostas de intervenção recolhidas dos artigos consultados.

- **Intervenções terapêuticas de enfermagem:** Apoio à família; Permitir a presença da família; Comunicação; Escuta; Compreensão; Conforto; Empatia; Respeito pelo doente; Privacidade; Ser verdadeiro; Minimizar o sofrimento; Alívio dos sintomas (Dispneia, Dor) e Promoção de ambiente calmo.
- **Importância das intervenções terapêuticas de enfermagem para o doente e família:** Aceitação dos cuidados; Ajudar a morrer; Atenção; Autonomia; Calma; Conforto; Controlo dos sintomas; Dignidade; Idade de morrer; Morrer acompanhado; Ganho pessoal; Incomodado pela intervenção; Ligação profissional e Localização temporal.
- **Dificuldades dos enfermeiros no desenvolvimento das intervenções:** Comunicação; Falta de Formação; Confronto com a realidade; Envolvimento emocional; Empatia e Sobrecarga de trabalho.
- **Dificuldades organizacionais:** Filosofia e modelo organizacional; Espaço físico; Falta de privacidade; Desumanização do serviço; Falta de abordagem multidisciplinar.
- **Dificuldades dos doentes:** Alteração do estado de consciência; Situação de saúde grave e Idade
- **Propostas de Intervenção:** Acompanhamento (familiar); Encaminhamento; Espaço físico; Gestão e administração; Enfermeiro específico; Formação; Intervenção multidisciplinar; Reflexão e troca de experiências; Sensibilização; Tempo e Uniformização da tomada de decisão

DISCUSSÃO

Todos os estudos seleccionados apresentam informações relevantes para a resposta à questão de investigação, uma vez que os dados obtidos revelaram o papel da relação de ajuda, as relações existentes, os aspetos que a influenciam e as intervenções de enfermagem pertinentes.

Perante os resultados parece-nos poder afirmar que os enfermeiros privilegiam as intervenções relacionais em detrimento das técnicas. Pensamos ser um aspeto interessante a salientar, por se tratar de enfermeiros de serviços de urgência, locais onde por inerência, os enfermeiros estarão “formatados” para a execução de técnicas (Veiga, Barros, Couto & Vieira, 2009; Figueiredo & Ferrari, 2010). Após a confirmação da importância da relação de ajuda foi necessário reconhecer nos

documentos, quais as intervenções de enfermagem que o enfermeiro deve adotar. De facto, as ações de enfermagem visam o cuidado holístico e humano o que, na atualidade, corresponde a uma enfermagem como terapia, onde conceitos como a relação de ajuda estão efetivamente incluídos (Avanci, Furegato & Scatena, 2009; Pereira, 2009; Almeida et al, 2010; Martins, Figueiredo & Ferrari, 2010; Agnés & Sapeta, 2012). Assim, através dos estudos analisados evidencia-se que o enfermeiro deve identificar as necessidades reais com a pessoa, de forma a adotar estratégias a ela adequadas (Avanci, Furegato & Scatena, 2009; Pereira, 2009; Veiga, Barros, Couto & Vieira, 2009; Almeida et al, 2010; Rodrigues, 2010); escutar o doente/famíliares (Avanci, Furegato & Scatena, 2009; Veiga, Barros, Couto & Vieira, 2009; Almeida et al, 2010); estabelecer uma relação empática e desenvolver competências de comunicação, mantendo o sentido de humor e estimulando as recordações (Veiga, Barros, Couto & Vieira, 2009; Pereira, 2009; Rodrigues, 2010); fortalecer o suporte social (Veiga, Barros, Couto & Vieira, 2009; Martins, Agnés & Sapeta, 2012); fortificar o suporte espiritual (Avanci, Furegato & Scatena, 2009; Almeida et al, 2010); explorar sentimentos dos doentes (Figueiredo & Ferrari, 2009; Martins, Agnés & Sapeta, 2012); discutir informação sobre a doença (Avanci, Furegato & Scatena, 2009; Figueiredo & Ferrari, 2009; Martins, Agnés & Sapeta, 2012); estabelecer objetivos realistas (Figueiredo & Ferrari, 2009; Gallo & Mello, 2009) e estimular a pessoa a olhar para além da doença (Veiga, Barros, Couto & Vieira, 2009; Almeida et al, 2010). Em suma, o enfermeiro deve planejar estratégias tendo em vista o estabelecimento da relação de ajuda com o doente/ família (Maciak, Sandri & Spier, 2009; Pereira, 2009; Almeida et al, 2010; Martins, Agnés & Sapeta, 2012), procurando minimizar as complicações da doença (Veiga, Barros, Couto & Vieira, 2009; Almeida et al, 2010; Rodrigues, 2010; Martins, Agnés & Sapeta, 2012). As atitudes devem ser de atenção, calor humano, carinho, amor e dedicação (Maciak, Sandri & Spier, 2009; Pereira, 2009; Veiga, Barros, Couto & Vieira, 2009; Figueiredo & Ferrari, 2010). Desta forma poder-se-á inferir que toda e qualquer ação de enfermagem se vai repercutir ao nível da relação de ajuda, visto que todas as ações são dirigidas a um ser holístico.

CONCLUSÕES

A descrição das diversas abordagens da conceção de ajuda utilizadas pelos enfermeiros para orientar as suas práticas sinaliza a valorização do processo interativo como a base do processo assistencial. Contudo, não podemos deixar de considerar as dificuldades macroestruturais que as instituições de saúde, nomeadamente nos serviços de urgência, enfrentam para gerir os serviços, que interferem no planeamento assistencial com repercussões para o interesse de saúde e bem-estar dos doentes.

E nesse contexto, acreditamos ser indispensáveis as reflexões sobre os valores e atitudes na condução do processo assistencial. Assim, pensamos que o cuidado de enfermagem baseado nos

princípios da relação de ajuda favorece o estabelecimento de interações positivas, com potencial de estimular a expressão dos pensamentos e emoções dos doentes. Salientamos a importância de pensar na relação de ajuda, não apenas como uma técnica, mas como um processo interativo que se fundamenta como expressão significativa da arte da enfermagem. Ao proceder desta forma, o enfermeiro procura favorecer junto (doente) o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar as dificuldades (doença). Nesta situação, a escuta, a atenção, o interesse e as respostas elaboradas caracterizam e distinguem as intervenções do enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. I., Ferreira, C. S., Lança, M. M., Rodrigues, M. C., Fonseca, C. J. & Rebelo, T. (2010). A comunicação enfermeiro-doente como estratégia para alívio do sofrimento na fase terminal da vida: uma revisão da literatura. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Fev. 8-17.
- Avanci, R. Furegato, A., Morais, M. & Pedrão, L. (2009). Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. *Revista Eletrónica de Saúde Mental e Drogas*. 5 (1) 1-5.
- Figueiredo, I. G. A. & Ferrari, D. (2010). *Desafios da enfermagem na assistência humanizada na unidade de terapia intensiva*. Universidade Federal de Paiuí.
- Gallo, A. & Mello, H. (2009). Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. *Revista F@pciência*. 5 (1), 1-11.
- Maciak, I., Sandri, J. & Spier, F. (2009). Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de Emergência: percepção do usuário. *Cogitare enferm*; 14 (1), 127-135
- Martins, M., Agnés, P. & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no serviço de urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.
- Pereira, N. G. (2009). *Comunicação de enfermeiro / utente num serviço de urgência. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde*. Universidade Aberta de Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, M. & Simões, R. (2010). A relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Esc. Anna Nery*. 14 (3).
- Veiga, a., Barros, C., Couto, P. & Vieira, P. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?. *Revista Referência*. 10, 47-56.
- Versiani et al., (2012). Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. *Revista Digital*. Buenos. 170 (5), 2-7.

Satisfação Profissional dos Enfermeiros de um Hospital da Região Centro

João Valente⁽¹⁾, João Duarte⁽²⁾, Odete Amaral⁽³⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano; jvalentezz@gmail.com

⁽²⁾ Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde; duarte.johnny@gmail.com

⁽³⁾ Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde; mopamaral@gmail.com

Resumo

Enquadramento: A satisfação profissional, nas últimas décadas, tem sido considerada crucial na melhoria do desempenho das organizações e pela influência que tem sobre o trabalhador. A satisfação influencia a saúde física e mental, as atitudes, o comportamento profissional e social, com repercussões na vida pessoal, familiar e laboral. Mudanças socioeconómicas e laborais têm sido responsáveis por um desgaste físico e mental dos enfermeiros, com consequências na satisfação profissional e com reflexo na qualidade dos cuidados prestados e bem-estar individual.

Objetivos: Avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros e identificar variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a satisfação profissional.

Métodos: Realizámos um estudo transversal com 192 enfermeiros de um hospital da região centro do país. A média de idades dos profissionais foi de 39.32 ± 7.99 anos, a maioria do sexo feminino (75,5%), a viver na cidade, casado, com a categoria de “enfermeiro”, a desempenhar funções de prestação de cuidados em horário rotativo, com um contrato de trabalho de funções públicas e a exercer a profissão há 15.96 ± 7.54 anos. Para a recolha de dados utilizámos um questionário com questões para avaliação das características sociodemográficas, profissionais e para avaliar a satisfação profissional utilizámos a Escala de Satisfação Profissional (Pereira, 2010).

Resultados: A maioria dos enfermeiros referiu insatisfação profissional (53.65%). Os enfermeiros que apresentam índices superiores de satisfação profissional pertencem ao género masculino ($p=0,002$). A variável género é aquela que influencia o maior número de dimensões da satisfação profissional. Não encontramos diferenças significativas entre a satisfação profissional e a idade ($p=0,923$) nem com a relação conjugal ($p=0,892$). Nas variáveis profissionais também não encontramos diferenças significativas com categoria profissional ($p=0,410$), o exercício de funções de gestão ($p=0,542$) e o tipo de horário ($p=0,193$).

Conclusões: Mais de metade dos enfermeiros apresentou insatisfação profissional, sendo o sexo feminino o mais insatisfeito. Emerge assim a necessidade da implementação de estratégias interventivas, no sentido da melhoria da satisfação profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave: Satisfação Profissional; Enfermeiros

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre satisfação profissional iniciaram-se na década de 30 e têm despertado o interesse de profissionais de saúde e de investigadores das mais diversas áreas. Entre as várias razões para o interesse despertado destacam-se essencialmente duas premissas preponderantes: a satisfação é um

fator importante para quem trabalha e, por outro lado, está associada ao desempenho, isto é, espera-se que profissionais mais satisfeitos sejam profissionais mais produtivos.

É inegável que a satisfação profissional é um fenómeno amplamente estudado, no entanto, as investigações realizadas no âmbito da satisfação profissional dos enfermeiros são em menor número. Moura (2012) citando Fontes (2009) refere que o interesse no estudo da satisfação profissional *“decorre da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, afetando a sua saúde física e mental, as atitudes, o comportamento profissional e social, com repercussões para a vida pessoal e familiar do indivíduo, e respetivas organizações”*.

Segundo Moura (2012) as conceptualizações mais frequentes de satisfação descrevem-na como sendo uma atitude, embora estas possam também ser o resultado da satisfação laboral. A satisfação profissional pode ser interpretada também como uma emoção ou reação afetiva/ emocional, relativa a diferentes facetas da atividade profissional de um indivíduo. Não é, contudo, um conceito unitário, uma vez que o profissional pode estar satisfeito com um aspeto particular da sua atividade e insatisfeito com um ou mais aspetos da mesma atividade (Kinicki & Kreitner, 2006).

De acordo com Chiavenato (2005) o conceito de satisfação é entendido como o resultado da motivação cíclica. A satisfação profissional é o resultado entre o que se espera obter, comparativamente ao que se obtém no local de trabalho. Quando existe considerável diferença entre o que o profissional obtém (resultados ou recompensas) e o que esperaria obter (expetativas), ocorre a insatisfação e conseqüente desmotivação.

Diversas investigações referem que a pessoa satisfeita é mais produtiva, e nesta linha de pensamento, profissionais satisfeitos prestam cuidados de melhor qualidade (Graça, 1999; Lino, 1999; Martinez, Paraguay & Latorre, 2004; Gonçalves, 2007)

Estudos relativos à satisfação profissional dos enfermeiros são consensuais em afirmar que a satisfação profissional em enfermagem constitui um indicador na qualidade dos cuidados prestados (André e Neves, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2004; Ferreira, 2006; Carvalho, 2007; Barbosa & Melo, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define em 2006, como eixo prioritário de investigação a realização de *“estudos que abordem estratégias inovadoras de gestão/liderança e organização do trabalho favorecedoras de contextos de trabalho que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados”*. Segundo a OE (2004), a insatisfação profissional é influente na perda de qualidade na execução de tarefas profissionais que se refletem em esquecimentos, atrasos e falhas.

Também o *International Council of Nurses* (ICN) em 2007 emite um parecer relativo às áreas prioritárias de investigação em enfermagem, onde consta no domínio das *“respostas dos serviços de*

prestação de cuidados”, a necessidade prioritária da investigação da satisfação dos enfermeiros com o trabalho.

Desta forma, os objetivos do presente estudo foram:

- Avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco;
- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo;
- Identificar as variáveis profissionais que influenciam a satisfação profissional da amostra em estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizámos um estudo transversal analítico e descritivo.

A população alvo foi constituída por todos os profissionais de enfermagem a exercer atividade no hospital. A recolha de dados foi efectuada entre os dias 1 de Abril a 15 de Abril de 2013. A amostra foi seleccionada através da técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

Dos 342 questionários distribuídos, recolhemos 195 questionários, dos quais 3 foram considerados inválidos pelo facto dos respondentes não terem preenchido a escala de satisfação profissional, considerada crucial para o estudo. Assim, a amostra final ficou constituída por 192 enfermeiros, correspondendo a 56.14% da totalidade de enfermeiros que integra a unidade de saúde.

Verificamos que a amostra em estudo apresenta uma média de idades de 38.63 ± 7.784 anos, sendo 145 (75.5%) enfermeiras. O grupo etário mais prevalente é o compreendido entre os 35 e os 42 anos.

A maioria dos enfermeiros vive com companheiro/cônjuge, 73.4 % com companheiro. Os dados revelam que 89.1% da amostra habita na cidade, seguindo-se uma pequena percentagem de residentes em vilas (6.8%) e aldeias (4.2%).

Verificamos ainda que 86.5% dos profissionais de enfermagem apresentam como grau académico a licenciatura, 2.6% dos enfermeiros possuem Bacharelato. Com mestrado em enfermagem, obtivemos 10.4% da amostra e 1 enfermeiro (0.5%) é detentor do grau de Doutor.

Perante os dados apresentados, podemos afirmar que o perfil sociodemográfico médio da amostra em estudo revela indivíduos do género feminino, com 39 anos, habitantes da cidade, com algum tipo de relação conjugal e possuidores do grau académico de Licenciatura.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género.

Variável	Género	Masculino		Feminino		Total	
		N (47)	% (24.5)	N (145)	% (75.5)	N (192)	% (100.0)
Grupo Etário							
• ≤ 34 anos		17	36.2	46	31.7	63	32.8
• 35 – 42 anos		20	42.6	47	32.4	67	34.9
• ≥ 43 anos		10	21.3	52	35.9	62	32.3
Estado Civil							
• Sem companheiro		10	21.3	41	28.3	51	26.6
• Com companheiro		37	78.7	104	71.7	141	73.4
Local de Residência							
• Aldeia		2	4.3	6	4.1	8	4.2
• Vila		3	6.4	10	6.9	13	6.8
• Cidade		42	89.4	129	89.0	171	89.1
Habilitações literárias							
• Licenciatura e bacharel		42	89.4	129	89.0	171	89.1
• Pós-licenciatura/ mestrado e doutor		5	10.6	16	11.0	21	10.9

Face à caracterização do contexto profissional da amostra, verificamos que 37% possuem curso de pós-graduação ou curso de especialidade em enfermagem sendo o género feminino quem mais procura apostar na formação profissional.

Pela Tabela 2 verificamos que a categoria profissional “enfermeiro” é a mais prevalente na amostra (88.0%), seguindo-se os enfermeiros especialistas com 12.0%.

A prestação de cuidados é a função com maior representatividade da amostra (88.5%), face às funções (exclusivas) de gestão, desempenhadas por apenas 3 elementos da amostra (1.6%). Desempenhando ambas as funções (prestação de cuidados e gestão) encontramos 9.9% da amostra.

Prevalece na amostra o horário de trabalho rotativo (78.6%), face aos 21.4% de enfermeiros que têm horário laboral fixo. É a amostra masculina que mais pratica o horário rotativo.

Verificamos que o tempo de exercício na profissão variou entre 1 ano e 35 anos. As enfermeiras, em média, apresentam mais tempo de exercício na profissão, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas;

O vínculo respeitante ao contrato de trabalho de funções públicas assume o valor percentual mais representativo da amostra (76.6% no género masculino e 72.4% no género feminino);

Perante os dados apresentados, podemos afirmar que o perfil profissional médio da amostra em estudo revela profissionais com a categoria “enfermeiro”, a exercer funções de prestação de cuidados e em horário rotativo. São profissionais que têm como vínculo laboral o contrato de trabalho de funções públicas e exercem a profissão de enfermagem há ± 16 anos, estão no hospital em estudo há ± 14 anos e permanecem no mesmo serviço há ± 9 anos. A maioria não apresenta

qualquer curso de pós-graduação ou especialidade e quando confrontados com a hipótese de mudança de profissão, respondem que “hoje” optariam pela mesma profissão.

Tabela 2. Caracterização profissional da amostra em função do género.

Variável	Género	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Categoria profissional							
• Enfermeiro		44	93.6	125	86.2	169	88.0
• Enfermeiro Especialista		3	6.4	20	13.8	23	12.0
Tipo de funções							
• Prestação de cuidados		43	91.5	127	87.6	170	88.5
• Gestão		1	2.1	2	1.4	3	1.6
• Ambas		3	6.4	16	11.0	19	9.9
Horário de trabalho							
• Horário Fixo		5	10.6	36	24.8	41	21.4
• Horário Rotativo		42	89.4	109	75.2	151	78.6
TE na Profissão							
• ≤ 15 anos		28	59.6	69	47.6	97	50.5
• ≥ 16 anos		19	40.4	76	52.4	95	49.5
TE no Hospital							
• ≤ 13 anos		23	48.9	73	50.3	96	50.0
• ≥ 14 anos		24	51.1	72	49.7	96	50.0
TE no Serviço							
• ≤ 7 anos		21	44.7	65	44.8	86	44.8
• ≥ 8 anos		26	55.3	80	55.2	106	55.2
Tipo de vínculo							
• CTFP		36	76.6	105	72.4	141	73.4
• CT sem termo		11	23.4	40	27.6	51	26.6

Efetuamos a recolha de dados, utilizando como ferramenta um questionário sustentado pela pesquisa bibliográfica, com vista à caracterização sociodemográfica, profissional e avaliação da Satisfação Profissional, nas suas 12 dimensões, através de escala própria (Pereira, 2010 adaptado de Spector, 1995).

Esta escala é constituída por quarenta e oito itens, com uma escala ordinal tipo *Likert*, havendo para cada um dos itens cinco opções de resposta (1-discordo completamente; 2-discordo; 3-não concordo nem discordo; 4-concordo; 5-concordo completamente).

A escala adaptada por Pereira (2010) pretende avaliar o nível de satisfação dos enfermeiros em doze dimensões (subescalas) diferentes, correspondendo a cada uma delas, quatro itens, dois cotados no sentido positivo e dois em sentido negativo. As doze dimensões são: relacionamento com a chefia, relacionamento com os colegas, autonomia, salário, reconhecimento, rotina, equidade, progressão, natureza do trabalho, responsabilidade, políticas e procedimentos na organização e excesso de trabalho.

A avaliação de cada item das dimensões da escala de satisfação profissional possibilita um intervalo de pontuações possíveis entre 1 e 5. Deste modo a avaliação do instrumento comporta uma pontuação média para cada uma das dimensões. São considerados pela autora (Pereira, 2010), indicadores de satisfação profissional pontuações médias superiores a 3 e indicadores de insatisfação, pontuações médias iguais ou inferiores a 3 (cf. Quadro 1).

Quadro 1. Pontuação da Escala de Satisfação Profissional (Pereira, 2010a).

Dimensões da Satisfação Profissional	Itens	Pontuação
Relacionamento com a Chefia	6, 35, 3 e 25	<p>- Pontuação média > 3 é indicativo de satisfação profissional</p> <p>- Pontuação média ≤ 3 é indicativo de insatisfação profissional</p>
Relacionamento com os Colegas	32, 47, 15 e 41	
Autonomia	48, 10, 26 e 12	
Salário	13, 30, 44 e 16	
Reconhecimento	17, 42, 39 e 22	
Rotina	21, 8, 23 e 29	
Equidade	4, 11, 27 e 45	
Progressão	24, 14, 31 e 5	
Natureza do Trabalho	20, 19, 33 e 36	
Responsabilidade	37, 38, 40 e 34	
Políticas e Procedimentos na Organização	2, 18, 43 e 7	
Excesso de Trabalho	28, 46, 9 e 1	

Após a recolha dos questionários e eliminação dos incompletos, a totalidade dos dados foi tratada informaticamente, utilizando o programa de tratamento estatístico *SPSS (Statistical Package for Social Science)* versão 21.0. Posteriormente, com o intuito de sistematizar e organizar os dados recolhidos, recorreremos à estatística descritiva e inferencial.

RESULTADOS

Observamos que a pontuação da satisfação profissional (global) da amostra em estudo apresentou um valor médio de 2.98 ± 0.366 , revelador de insatisfação profissional, correspondente a 53,65% do total da amostra. Estratificando por sexo, verificamos que os profissionais do sexo masculino apresentam percentagens superiores de satisfação profissional (61.7% vs.41.4%).

Pela análise da tabela 3 podemos observar que nas dimensões salário, reconhecimento, equidade, progressão, políticas e procedimentos da organização e excesso de trabalho a amostra apresenta pontuações indicativas de insatisfação profissional, sendo o salário a dimensão onde a insatisfação profissional é maior. Nas restantes 6 dimensões da satisfação profissional (relacionamento com a chefia, relacionamento com os colegas, autonomia, rotina, natureza do trabalho e responsabilidade)

obtiveram-se pontuações médias superiores a 3 valores, reveladoras da satisfação profissional da amostra nestas dimensões.

Por ordem decrescente de satisfação, obtivemos a melhor pontuação na dimensão relacionamento com os colegas (M=3.56; Dp=0.615), seguindo-se as dimensões natureza do trabalho (M=3.54; Dp=0.372), rotina (M=3.48; Dp=0.642), responsabilidade (M=3.43; Dp=0.358), autonomia (M=3.28; Dp=0.673), e por fim a dimensão relacionamento com a chefia (M=3.23; Dp=0.467) (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Dados estatísticos relativos às subescalas da satisfação profissional

Subescalas	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
● Relacionamento com a Chefia	2	4	3.23	0.467	14.45	-1.548	-0.538	0.000
● Relacionamento com os Colegas	2	5	3.56	0.615	17.27	-0.434	0.507	0.000
● Autonomia	2	5	3.28	0.673	20.51	-0.160	-1.083	0.001
● Salário	1	4	1.49	0.631	42.34	8.331	5.097	0.000
● Reconhecimento	1	5	2.90	0.659	22.72	-0.897	0.590	0.000
● Rotina	2	5	3.48	0.642	18.44	-1.188	0.022	0.000
● Equidade	1	5	2.97	0.799	26.90	0.891	-0.535	0.003
● Progressão	1	4	2.11	0.645	30.56	1.011	-1.919	0.000
● Natureza do Trabalho	2	4	3.54	0.372	10.50	-1.702	-0.017	0.000
● Responsabilidade	2	5	3.43	0.358	10.43	-1.011	1.908	0.000
● Políticas e Procedimentos Organização	1	5	2.90	0.615	21.20	-0.668	2.080	0.000
● Excesso de Trabalho	1	5	2.86	0.874	30.55	-1.274	-2.091	0.001
Satisfação Profissional (global)	2	4	2.98	0.366	12.28	0.714	1.318	0.200

Procurámos determinar a existência ou inexistência de relação de dependência entre variáveis estudadas e verificamos que os enfermeiros que apresentam índices superiores de satisfação profissional global pertencem ao género masculino, com idades ≤ 34 anos, e têm relação conjugal. Apresentam índices superiores de satisfação os detentores da categoria profissional “enfermeiro”, e os que desempenham funções de gestão em horário fixo (cf. Tabela 4).

Os profissionais que apresentam uma satisfação profissional global mais baixa são os pertencentes à amostra feminina com idades ≥ 43 anos e sem relação conjugal. Os mais insatisfeitos pertencem à categoria dos enfermeiros especialistas que prestam em simultâneo funções de gestão e prestação de cuidados em horário rotativo (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização da Satisfação Profissional (global) em função de variáveis sociodemográficas e profissionais.

Satisfação Profissional (global) Variáveis	Insatisfeito		Satisfeito		Total	
	N	%	N	%	N	%
Género						
• Feminino	85	58.6	60	41.4	145	100.0
• Masculino	18	38.3	29	61.7	47	100.0
Grupo Etário						
• ≤ 34 anos	28	44.4	35	55.6	63	100.0
• 35 - 42 anos	37	55.2	30	44.8	67	100.0
• ≥ 43 anos	38	61.3	24	38.7	62	100.0
Estado Civil						
• Sem companheiro	26	51.0	25	49.0	51	100.0
• Com companheiro	77	54.6	64	45.4	141	100.0
Categoria profissional						
• Enfermeiro	88	52.1	81	47.9	169	100.0
• Enfermeiro Especialista	15	65.2	8	34.8	23	100.0
Tipo de funções						
• Prestação de cuidados	92	54.1	78	45.9	170	100.0
• Gestão	1	33.3	2	66.7	3	100.0
• Ambas	10	52.6	9	47.4	19	100.0
Horário de trabalho						
• Horário Fixo	18	43.9	23	56.1	41	100.0
• Horário Rotativo	85	56.3	66	43.7	151	100.0

Pela análise da tabela 5, verificamos que a variável género influencia significativamente as dimensões da satisfação profissional: relacionamento com os colegas ($p=0.015$), a autonomia ($p=0.006$), o reconhecimento ($p=0.009$), a rotina ($p=0.006$), a progressão ($p=0.002$), as políticas e procedimentos da organização ($p=0.008$) e a satisfação profissional global ($p=0.002$), assumindo também um valor preditivo significativo sobre as dimensões autonomia, salário, progressão, políticas e procedimentos na organização e satisfação profissional (global).

Tabela 5. Teste de U Mann-Whitney entre as dimensões da satisfação profissional e o género.

Dimensões da Satisfação Profissional	Género		UMW	p
	Feminino	Masculino		
	Ordenação Média	Ordenação Média		
• Relacionamento com a Chefia	93.64	105.33	2992.500	0.204
• Relacionamento com os Colegas	90.97	113.56	2605.500	0.015
• Autonomia	90.24	115.81	2500.000	0.006
• Salário	93.64	105.32	2993.000	0.183
• Reconhecimento	90.56	114.84	2545.500	0.009
• Rotina	90.23	115.83	2499.000	0.006
• Equidade	92.08	110.15	2766.000	0.052
• Progressão	89.61	117.77	2408.000	0.002
• Natureza do Trabalho	93.54	105.63	2978.500	0.186
• Responsabilidade	94.18	103.66	3071.000	0.295
• Políticas e Procedimentos Organização	90.47	115.11	2533.000	0.008
• Excesso de Trabalho	95.59	99.31	3275.000	0.689
• Satisfação Profissional (global)	89.31	118.69	2364.500	0.002

- Identificou-se relação de dependência entre a variável categoria profissional e o relacionamento com a chefia ($p=0.008$) e o excesso de trabalho ($p=0.015$);
- O horário de trabalho tem relação de dependência com a dimensão relacionamento com a chefia ($p=0.047$) e equidade ($p=0.011$);
- O tempo de exercício na profissão tem uma relação de dependência com o relacionamento com a chefia ($p=0.000$), com a equidade ($p=0.014$) e com as políticas e procedimentos na organização ($p=0.002$);
- A variável tempo de exercício no serviço influencia as dimensões da satisfação profissional, relacionamento com a chefia ($p=0.008$), equidade ($p=0.005$) e excesso de trabalho ($p=0.035$);
- Existe relação de dependência entre a variável tipo de vínculo e o relacionamento com a chefia ($p=0.001$), o salário ($p=0.039$), a equidade ($p=0.014$) e o excesso de trabalho ($p=0.023$);
- A variável grupos etários apresenta peso preditivo na dimensão excesso de trabalho;
- O tempo de exercício no hospital apresenta peso preditivo na dimensão salário;
- A variável independente tempo de exercício no serviço constitui uma variável preditora das dimensões, relacionamento com chefia, relacionamento com colegas, autonomia e equidade.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos na investigação permitiram concluir que 53.65% dos enfermeiros revelaram insatisfação com a profissão com prevalência do gênero masculino. Constatamos que das variáveis em estudo (sociodemográficas e profissionais), apenas variável sociodemográfica gênero teve influência estatisticamente significativa.

A evidência científica demonstra um panorama bastante abrangente e complexo face à satisfação profissional, contudo, é possível avançar com um conjunto de fatores, que determinam influência na satisfação. O aprofundar dos estudos da satisfação profissional em enfermagem pode elucidar quais os aspectos do trabalho que influenciam a satisfação ou insatisfação, com a devida importância para as organizações. Da análise das dimensões em que prevalece a insatisfação profissional dos enfermeiros do hospital em estudo, concluímos que o salário, a progressão e o excesso de trabalho, são por ordem decrescente aquelas em que a insatisfação é verificada. Por outro lado, concluímos que os enfermeiros demonstram estar mais satisfeitos com o relacionamento com os colegas, seguido das dimensões natureza do trabalho, rotina e responsabilidade.

Como ocorre nos múltiplos ângulos da vida individual e social, a resolução de um problema ou a promoção de um efeito positivo só podem ser alcançadas quando se atua sobre as causas. Assim sucede com a satisfação profissional! Se os seus efeitos podem ser positivos, importa atuar sobre as causas, seja diminuindo os fatores indutores de insatisfação, seja reforçando os promotores de satisfação. Ao longo desta investigação foram mencionadas várias causas de (in)satisfação, podendo ser extraída a seguinte ideia global: a satisfação poderá ser entendida como resultado da interação e do ajustamento entre as pessoas e a organização. Desta forma, cabe à organização a tarefa de criar o quadro no seio do qual as pessoas possam sentir-se satisfeitas. Tal pode passar por aspetos como as condições de trabalho, incentivos monetários, perspectivas de promoção, progressão ou reconhecimento, adequação das cargas de trabalho laboral entre outros procedimentos organizacionais significativos da melhoria da satisfação do enfermeiro. Consideramos ainda ser imperativo um maior envolvimento da enfermagem na tomada de decisão institucional, em particular quando a decisão envolve o campo de ação desta disciplina. Este envolvimento pode ser conducente a uma maior satisfação profissional e por conseguinte, implicar um melhor desempenho e humanização do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- André, O., & Neves, A., (2001). A satisfação profissional dos enfermeiros em serviços de urgência. *Nursing*, 157, 15-19.
- Barbosa, L. & Melo, M., (2008). Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol.61, Nº2, 366-370. Acedido 4, Maio, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>.
- Carvalho, A., (2007). Ambientes Favoráveis... e Qualidade! Enfermagem e o Cidadão - *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, Nº12, 2.
- Chiavenato, I., (2005). *Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. São Paulo: Editora Campus.
- Ferreira, M. A. et al., (2006). Satisfação no Trabalho e Comportamentos Estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, Nº6, 37-46.
- Fontes, A., (2009). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros... Que Realidade? Serviço de Cuidados Intensivos versus Serviço de Medicina*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação para obtenção do grau de Mestre.
- Gonçalves, E., (2007). *Satisfação Profissional: Uma realidade em Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa. Tese de Mestrado.
- Graça, L., (1999). *A Satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde: Instrumentos para a melhoria da qualidade*. Coimbra: Direcção Geral de Saúde - Gráfica de Coimbra.

-
- International Council of Nurses., (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições de trabalho = cuidados de qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, ISBN: 92-95040-80-5.
- Kinicki, A. & Kreitner, R., (2006). *Comportamento Organizacional*. São Paulo: Editora MacGraw-Hill.
- Lino, M., (1999). *Satisfação profissional entre enfermeiras da UTI: Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction*. São Paulo: Escola de Enfermagem da UCP. Tese de Mestrado.
- Martinez, M. C., Paraguay, A. I. & Latorre, M. R., (2004). Relação entre Satisfação com os aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, Nº38, 55-61, Acedido em 4, Maio, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18452.pdf>.
- Moura, S. C. M., (2012). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*. Bragança - Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Tecnologia e Gestão. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros., (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, ISBN: 972-99646-1-0.
- Ordem dos Enfermeiros., (2006). *Investigação em Enfermagem: tomada de decisão*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, ISBN: 972-99646-1-0.
- Pereira, A., (2010). Factores de Satisfação Profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Covilhã - Universidade da Beira Interior - Departamento de Gestão e Economia. Tese de Mestrado.
- Spector, P., (1995). Measurement of Human Service Staff Satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 13, Nº. 6, 693-713.
- Valente, J., (2013). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de um Hospital da Região Centro*. Viseu - Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Relatório Final, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Transferência Inter Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica

Sandra Novo ⁽¹⁾, Sandra Rodrigues ⁽¹⁾

1. Unidade Local de Saúde do Nordeste; smfnovo@sapo.pt

Resumo A transferência de doentes assume uma grande relevância na prestação de cuidados de saúde e está sujeita à inspeção e disciplina do Ministério da Saúde. A actividade de transporte de doentes deve processar-se segundo modelos técnicos e organizacionais que se coadunem eficazmente com os restantes serviços de saúde.

A necessidade de transferir doentes em estado crítico para hospitais centrais ou outras instituições de saúde com mais recursos técnicos e humanos, é uma realidade cada vez mais frequente.

É considerado doente crítico aquele que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica. Para ter acesso a esses meios a sua transferência é muitas vezes necessária e imperiosa, não obstante os riscos que envolve, no sentido de garantir um nível assistencial superior.

De uma forma sistematizada a necessidade de transferir um doente é justificada por falta de valência médico - cirúrgica, pela necessidade de recursos técnicos indispensáveis à continuidade de cuidados, para definição diagnóstica e terapêutica e ou ainda pela gravidade clínica do doente.

Este trabalho tem por base de elaboração as recomendações do transporte de doentes críticos.

Palavras-chave: Doente crítico; Critérios de acompanhamento.

INTRODUÇÃO

A necessidade de otimizar o acesso e a qualidade dos serviços médicos prestados às populações implica que se efetue uma gestão racional dos recursos disponíveis, promovendo a diferenciação médica, hierarquizando tecnicamente as unidades de assistência e criando condições para que o transporte inter-hospitalar se efetue de forma rápida e segura, mantendo o nível de cuidados adequados a cada situação clínica. É assim necessária a operacionalização de determinados conceitos que permitam garantir que a transferência de doentes seja bem-sucedida.

A transferência de doentes assume uma grande relevância na prestação de cuidados de saúde e está sujeita à inspeção e disciplina do Ministério da Saúde. A atividade de transporte de doentes deve processar-se segundo modelos técnicos e organizacionais que se coadunem eficazmente com os restantes serviços de saúde (Despacho nº 10109/2014).

A necessidade de transferir doentes em estado crítico para hospitais centrais ou outras instituições de saúde com mais recursos técnicos e humanos, é uma realidade cada vez mais frequente.

O Despacho nº 10319/2014 define que quando o serviço de urgência responsável pelo tratamento do doente não tiver capacidade para o fazer deve promover a transferência em tempo útil e em segurança, para o serviço mais próximo de nível superior.

É considerado doente crítico aquele que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Para ter acesso a esses meios a sua transferência é muitas vezes necessária e imperiosa, não obstante os riscos que envolve, no sentido de garantir um nível assistencial superior.

De uma forma sistematizada a necessidade de transferir um doente é justificada por falta de valência médico - cirúrgica, pela necessidade de recursos técnicos indispensáveis à continuidade de cuidados, para definição diagnóstica e terapêutica e ou ainda pela gravidade clínica do doente.

A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos elaboraram em 2008 um documento que define as recomendações para o transporte de doentes. Este documento apresenta um modelo de avaliação/pontuação objetiva que determina a estratificação dos doentes, e que permite definir o tipo de acompanhamento dos mesmos, bem como o meio de transporte a utilizar. São apresentados neste mesmo documento, de uma forma sistematizada, os procedimentos necessários para a efetivação de um transporte e que serão da responsabilidade do médico que pretende efetuar a transferência, salvaguardando as disposições regulamentadas que possam existir na instituição.

A elaboração do presente trabalho teve como objetivos:

- Apresentar as recomendações para o transporte secundário de doentes;
- Promover uma reflexão crítica sobre as transferências inter-hospitalares;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para esta problemática.

A transferência de doentes críticos envolve determinadas fases que permitem assegurar a responsabilidade e segurança necessárias para a realização do transporte. Essas fases estão definidas, e são: **Decisão, Planeamento e Efetivação**.

A **decisão** de transferir um doente em estado crítico é um ato médico, da responsabilidade do médico que assiste o doente (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). É importante e desejável que esta decisão possa ser tomada com base em dados clínicos objetivos que permitam rigor.

O **planeamento** está fundamentalmente relacionado com a tomada de decisão clínica que levou à necessidade de transferir o doente, tendo em linha de conta os benefícios e riscos que tal decisão poderá acarretar.

O planeamento é feito pela equipa médica e de enfermagem, sendo que o bom desempenho da medicina e da enfermagem são considerados princípios essenciais para que os riscos inerentes à instabilidade que caracteriza uma ação de transporte sejam reduzidos ou anulados.

É importante que o doente esteja minimamente estabilizado, do ponto de vista hemodinâmico e respiratório, antes de se proceder ao transporte, devendo-se, por isso, efetuar as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte, como sejam: acessos venosos, drenagens torácicas, entubações e outras.

Antes de ser iniciado o transporte deve ser feito o contacto com o hospital recetor, através de comunicação telefónica, para confirmar a disponibilidade dos meios necessários ao tratamento e a existência de vagas, bem como a respetiva autorização. As transferências só poderão ser negadas pelos hospitais de referência, quando não existam as valências necessárias para dar continuidade aos cuidados, ou não estejam disponíveis os recursos técnicos para assegurar os cuidados indispensáveis aos doentes. Nesta situação deve o hospital responsável pelo doente procurar encontrar o local mais adequado para a transferência e se for considerado necessário pode ser contactada a Central Orientadora de Doentes Urgentes (CODU).

Faz parte do planeamento a obrigatoriedade de informar o doente ou seu representante legal da necessidade e dos factos que condicionaram a decisão da transferência, bem como do hospital e serviço de destino.

Igualmente importante e indispensável é o registo de toda a informação clínica, bem como os respetivos exames complementares de diagnóstico, que devem obrigatoriamente acompanhar o doente. O serviço que vai receber o doente deve ser informado detalhadamente da situação clínica e das intervenções previsíveis.

Outra questão a avaliar é a escolha do veículo de transporte a utilizar, bem como dos meios de monitorização adequados tendo em conta a situação clínica do doente, a duração / distância do transporte, a disponibilidade de pessoal e recursos, as informações meteorológicas, o trânsito, atendendo que se devem sempre antecipar as possíveis complicações (Despacho nº 10109/2014).

A decisão da equipe de acompanhamento do doente e tipo de transporte é uma das decisões mais sensíveis nas transferências, sejam os doentes mais ou menos críticos.

A escassez de recursos humanos, essencialmente de pessoal médico, leva com frequência a descuidar este problema. Desde a vulgar situação do doente que necessita de uma observação por determinada especialidade, e em que não está em causa o risco de vida mas antes um parecer técnico e início de terapêutica, até à situação mais complicada do doente grave e crítico, a decisão deve ser ajuizada com muito rigor.

Foi considerada para este trabalho a escala de Score de Risco de Transporte idealizada por Etxebarria et al. (1998) e que permite através de parâmetros fisiológicos e terapêuticos decidir da necessidade de acompanhamento do doente por enfermeiro, por médico e enfermeiro e ou mesmo o tipo de transporte a utilizar, conforme consta nos Quadros 1. e 2.

Quadro 1. Avaliação para o Transporte Secundário

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL		8. PACEMAKER	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Guedel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se intubado ou com traqueostomia recente) 0 1 2	2	Sim, provisório (externo ou endocavitário) 0 1 2	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA	
FR entre 10 e 14 / min	0	Escala de Glasgow = 15	0
FR entre 15 e 35 / min	1	Escala de Glasgow >8 e <14	1
Apneia ou FR35 / min ou respiração irregular 0 1 2	2	Escala de Glasgow >8 e	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO		10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I:	1
Sim (Ventilação Mecânica) 0 1 2	2	Naloxona	2
4. ACESSOS VENOSOS		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Acesso periférico	1	Analgésicos	
Acesso central em doente instável	2	Grupo II:	
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (requer < 15mL/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (inotrópicos ou sangue)	2	Bicarbonatos	
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG		Trombolíticos	
Não	0	Anticonvulsivante	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável) 0 1 2	2	Dreno torácico	
7. RISCO DE ARRITMIAS		TOTAL...	
Não	0		
Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h)	1		
Sim, alto risco * (e EAM < 48 h) 0 1 2	2		

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Fonte: Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008)

Quadro 2. Score para o Transporte Secundário

PONTOS	NÍVEL	ACOMPANHAMENTO	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas com O ₂ e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O ₂ , ECG, FC, TA não invasiva	Sat.O ₂ , ECG, FC, TA e Capnografia se indicado
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O ₂ , ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Fonte: Ordem dos Médico e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008)

O equipamento que deve acompanhar os doentes no transporte secundário está também condicionado pelo motivo e gravidade da situação clínica. Dada ser essencialmente uma questão técnica, deverá ser adequado aos objetivos que se pretendem. Idealmente o equipamento deveria fazer parte integrante do veículo de transporte, mas tal só acontece quando os doentes são helitransportados. Assim, é da responsabilidade da instituição que envia o doente a maior parte do equipamento necessário.

Por princípio geral, deverá ser sempre utilizado uma ambulância que tenha disponível no mínimo oxigénio e equipamento básico de suporte da via aérea. As ambulâncias estão licenciadas pela Direção Geral de Viação e as características específicas das mesmas são fixadas em portaria conjunta dos Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Devem ser asseguradas as condições de segurança dos meios de transporte que foram disponibilizados, quer para o doente quer para a equipa de acompanhamento.

O equipamento deve ser sempre verificado em termos de funcionalidade e operacionalidade. De acordo com o plano orientador de transporte inter-hospitalar de doentes críticos da Unidade Local de Saúde do Nordeste (2004) o equipamento que acompanha o doente é:

- Monitor/Desfibrilador (Oximetria, ritmo cardíaco e com braçadeira de avaliação de Tensão Arterial);
- Mala de material clínico de urgência e de reanimação cardiorrespiratória (material para entubação traqueal, sistemas para administração de soros, prolongadores, seringas, agulhas, material para punção venosa periférica, ambú, material de suporte contínuo de oxigénio, material para aspiração de secreções, luvas). Desta mala faz parte um stock de fármacos (Amiodarona; Furosemida; Atropina; Adrenalina; Metoclopramida; Prednisolona; Isoprenalina; Diazepam; Dinitrato de isosorbido; Hidrocortisona; Nitroglicerina) e podem ser levados outros que se julguem necessários ou específicos;
- Seringas e bombas infusoras (se necessário).

A **efetivação** do transporte é da responsabilidade da equipa selecionada para o transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só termina no momento da entrega do doente ao serviço destinatário, ou no regresso ao serviço de origem (no caso da deslocação ser justificada para realização de exames complementares ou atos terapêuticos). Idênticas responsabilidades cabem aos médicos responsáveis pela decisão da deslocação, pelo que o transporte deve ser considerado uma extensão do hospital que envia o doente, não devendo no seu decurso a qualidade da vigilância e da intervenção terapêutica ser inferiores às verificadas no serviço de origem.

Para a efetivação de um transporte seguro deve ter-se sempre em consideração que o transporte tem condicionantes próprias e envolve determinados riscos.

Existem riscos clínicos, como sejam, o estado clínico do doente, os efeitos das vibrações, efeitos de aceleração / desaceleração, variações térmicas, que são fatores que afetam a fisiologia cardio-respiratória e a fiabilidade da monitorização. Outro risco é da estrada, que está mais relacionado com o tráfego, com a vibração, aceleração - desaceleração, risco de colisão. Todos eles se elevam significativamente com a velocidade. Existem eventualmente riscos mais específicos se for considerado o transporte aéreo, e que deverão pesar na decisão.

CONCLUSÕES

A decisão de transferência de doentes pressupõe uma correta avaliação dos benefícios e riscos inerentes a uma ação de transporte. O transporte deve ser considerado como uma extensão do hospital que envia o doente, cabendo ao serviço referente a responsabilidade técnica e legal durante as duas primeiras fases (Decisão e Planeamento). Na etapa de efetivação, a responsabilidade cabe à equipa que assegura o transporte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boletim Informativo de 18 de julho. (2004). *Plano Orientador de Transporte Inter-Hospitalar de Doentes Críticos-Serviço de Urgência*. Unidade Local de Saúde do Nordeste.
- Despacho nº 10109/2014. (2014, agosto 14). Define os meios de emergência médica do INEM, I.P. (Portugal). *Diário da República*, 1 (150), p. 20233.
- Despacho nº 10319/2014. (2014, agosto 14). Determina a Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica, I.P. (Portugal). *Diário da República*, 2 (153), p. 20673.
- Etxebarria, M. J., Serrano, S., Ruiz Ribo, D., et al. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine*. 5 (1) 13-18.
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doente crítico: Recomendações*. Edição: CELOM.

Pessoa em Situação Crítica: Importância da Via Verde Trauma

Sandra Novo⁽¹⁾, Sandra Rodrigues⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde do Nordeste; smfnovo@sapo.pt

Resumo Via verde significa uma estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento adequados dos doentes graves, um tratamento expedito, planeado, nas fases pré, intra e inter-hospitalar. O trauma físico é uma lesão ou ferida mais ou menos extensa, produzida por ação violenta, de natureza física ou química, externa ao organismo (Direção Geral da Saúde, 2010). A Via Verde Trauma tem como principal objetivo conseguir uma maior rapidez na triagem, na avaliação e orientação dos utentes vítimas de trauma, permitindo o diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica otimizada, em tempo útil. A avaliação e a ressuscitação do doente com trauma grave requer um atendimento em equipa multidisciplinar, em que cada elemento da equipa deve saber o seu plano de atuação em perfeita sintonia e integração com a metodologia de atendimento efetuado pela Equipa de Trauma. Nos últimos anos, os conhecimentos entretanto adquiridos na área da fisiopatologia, da bioquímica, do equilíbrio eletrolítico e ácido básico, no controle da dor e da infeção, associados ao desenvolvimento das terapêuticas de manutenção das funções vitais e ainda à organização dos cuidados pré-hospitalares e hospitalares têm vindo a diminuir de modo significativo quer a mortalidade quer a morbilidade associada ao Trauma.

Palavras-chave: Via Verde; Trauma; Traumatismo; Politraumatizado.

INTRODUÇÃO

O Trauma representa uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o Mundo, incluindo Portugal (Direção Geral de Saúde, DGS, 2010). É atualmente aceite pela comunidade científica que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes traumatizados, sendo imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, assim como a instituição, em tempo útil, de terapêutica (Nunes, 2009).

Neste sentido, a Direção Geral da Saúde, determinou, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a implementação, a nível nacional, de uma Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado.

Foi publicado o despacho nº 10319/2014, em Diário da República em 11 de agosto de 2014, que define a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica ao nível da responsabilidade hospitalar e sua articulação com o pré -hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência e apresenta os padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade.

Via Verde significa uma estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento adequados dos doentes graves. O encaminhamento através da Via Verde deve ser iniciado no local do evento ou do início dos sintomas, devendo os sistemas pré-hospitalar e hospitalar garantir a continuidade de cuidados (Despacho nº 10319/2014, Artigo nº 13, ponto 3). O trauma físico é uma lesão ou ferida mais ou menos extensa, produzida por ação violenta, de natureza física ou química, externa ao organismo (Direção Geral da Saúde, 2010).

O ESTADO DA ARTE

A Via Verde Trauma tem como principal objetivo conseguir uma maior rapidez na triagem, na avaliação e orientação dos utentes vítimas de trauma, permitindo o diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica otimizada, em tempo útil (Ordem dos Médicos, 2009).

Implica a existência de uma equipa que tem a responsabilidade desde a admissão do doente na Sala de Emergência ou Sala de Trauma até à sua saída do Serviço de Urgência, cabendo ao Coordenador da Equipa de Trauma zelar pelo adequado, pleno e contínuo atendimento do doente enquanto sediado no Serviço de Urgência (Nunes, 2009).

Cada equipa de trauma é constituída por um grupo pluridisciplinar de profissionais de saúde cujas responsabilidades e coordenação estão definidas (DGS, 2010).

1. EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE TRAUMA

Sempre que é admitido um doente crítico com trauma, a equipa multi-disciplinar de trauma é ativada (corpo em presença física e corpo ativo), sob a responsabilidade do médico coordenador da Sala de Emergência. Todos os elementos da Sala devem colaborar na avaliação multidisciplinar do doente.

2. CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO DA VIA VERDE TRAUMA (VVT)

Os critérios de ativação são definidos pela Ordem dos Médicos (2009, pp. 78-79) e são apresentados de seguida.

A - SINAIS VITAIS / NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- Frequência respiratória < 10 ou > 29 ciclos /minuto
- Saturações de O₂ < 90% com O₂ suplementar
- Pressão arterial sistólica < 90 mmHg
- Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda de > 2 pontos desde o acidente

B - ÍNDICES

- Revised Trauma Score (RST) < 11 ou Pediatric Trauma Score (PTS) < 8

C - ANATOMIA DA LESÃO

- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e/ou joelho
- Retalho costal
- Fratura de 2 ou mais ossos longos
- Fratura do crânio com afundamento, com ECG < 14
- Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
- Associação trauma + queimaduras
- Queimaduras Major/Graves: 2º grau > 20 % ou 3º grau > 5%
- Queimaduras com inalação
- Queimadura da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais nas mãos ou pés

D - MECANISMO DE LESÃO

- Trauma por arma de fogo
- Capotamento, projeção pelo veículo ou ejeção do veículo
- Queda de altura > 3 metros

E - OUTROS

- Trauma na grávida
- Sempre que o juízo do enfermeiro da triagem decida que deve encaminhar o doente para a equipa de trauma.

A existência de um dos critérios dos anteriormente apresentados implica a ativação da VVT.

Só são valorizados como positivos os dados que forem comprovadamente presentes durante a triagem.

O Revised Trauma Score é um índice que se calcula a partir dos valores obtidos na avaliação da frequência respiratória, da tensão arterial sistólica e da Escala de Coma de Glasgow entendidas como variáveis indicadoras do estado fisiológico do doente. Os valores são depois multiplicados por fatores de ponderação que permitem corrigir as variáveis fisiológicas em função do seu peso relativo no cálculo da mortalidade. Cada parâmetro tem um valor de 0 a 4 de magnitude ou alteração fisiológica, num total de 0 a 12, conforme apresentados nos Quadros 1 e 2. Um valor igual ou inferior a 10 indica que se deve referenciar o doente para um centro de trauma. (Ordem dos Médicos, 2009, p. 89; Unidade Local de Saúde do Nordeste, 2013).

Quadro 1. Scores de Trauma: Revised Trauma Score

Escala Coma Glasgow	TA sistólica	Frequência Respiratória	Pontos
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

Quadro 2. Score de Trauma: Pediatric Trauma Score

Pontos	+2	+1	-1
Peso	> 20 Kg	10-20 Kg	< 10 Kg
Via aérea	Patente	Via aérea definitiva	Adjuvantes da via aérea
Sistólica	> 90mm Hg	50-90 mm Hg	< 50mm Hg
Status Mental	Acordado	Obnubilado	Sem resposta
Fraturas	Não	Fechada ou Suspeita	Múltiplas fechadas ou abertas
Feridas abertas	Não	Minor	Major. Penetrante ou queimaduras

A eficácia no tratamento de doentes graves depende da capacidade da equipa seguir e cumprir as indicações predeterminadas e protocoladas para preservar os aspetos essenciais à sobrevivência (Nunes, 2009). Quando se articulam as várias intervenções, a recuperação do doente é mais rápida e aumenta a probabilidade de sucesso.

3. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

A avaliação primária tem como objetivo identificar situações que se associem a risco de vida imediato (DGS, 2010).

A avaliação e atuação por parte da equipa são determinadas por protocolos comuns a todas as situações de emergência, não sendo lícito passar para o seguinte sem o presente estar controlado.

A - Via aérea e estabilização da coluna cervical

B - Ventilação

C - Circulação (cardiovascular) e controle da hemorragia

D - Disfunção neurológica

E - Exposição e controlo térmico.

Se a vítima sofreu traumatismo contundente ou o mecanismo de lesão indica que a zona da cabeça/pescoço foi atingida deve assumir-se que há instabilidade da coluna cervical. Em consequência a manipulação do doente deve ser realizada mantendo o alinhamento cervical. A estimulação tátil deve ser acompanhada de estimulação verbal, permitindo assim se possível a colaboração do doente e avaliar:

- se a via aérea está permeável
- se ventila e que tipo de ventilação apresenta
- classificar o nível de consciência
- estado e cor da pele
- observar hemorragias ou deformações

No momento da avaliação do estado de consciência do doente deve-se assumir a imobilização manual da cabeça do doente, caso não apresente qualquer tipo de imobilização.

A- VIA AÉREA E ESTABILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL

Deve-se assegurar a permeabilidade da via aérea com imobilização cervical. Na vítima inconsciente deve efetuar-se a subluxação da mandíbula. Pode ser necessário realizar aspiração da orofaringe ou extração de corpos estranhos.

O uso de tubo de *Guedel* pode ser considerado, após a salvaguarda da estimulação do vômito em doentes que apresentem reflexo laríngeo. Deve ser mantido o alinhamento anatómico e imobilização da coluna cervical e estabilizadores de cabeça, avaliando antes as estruturas anatómicas bem como a existência de lesões abertas e ou fechadas.

Se houver necessidade de entubação endotraqueal esta deve também ser realizada com imobilização manual da cabeça e pescoço por outro elemento da equipa de trauma. Deve ser colocada sonda gástrica.

INDICAÇÕES PARA ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL:

- apneia
- escala de coma de glasgow < a 8
- lesão das vias aéreas superiores que comprometa a ventilação
- risco elevado de aspiração
- traumatismo instável da face

- convulsões mantidas
- incapacidade de manter a permeabilidade da via aérea ou a oxigenação
- falência respiratória

B – VENTILAÇÃO

Deve ser realizada a avaliação da ventilação, Ver, Ouvir e Sentir (VOS), durante dez segundos. Consiste em ver o tórax e abdómen expandir, ouvir ruídos respiratórios e sentir o ar expirado do doente na face.

Depois de assegurada a permeabilidade da via aérea e se o doente ventila deve-se promover a oxigenação, com recursos a dispositivos adequados.

O diagnóstico requer avaliação seriada do doente e integração de dados da inspeção (feridas, hematomas, assimetrias, frequência, amplitude e ritmo ventilatório) e palpação de arcos costais, esterno e clavícula (crepitação óssea, enfisema subcutâneo). A auscultação é também importante (murmúrio simétrico e bilateral a nível dos ápices e bases). Quando se suspeita de pneumotórax e/ou hemotórax pode necessária a percussão torácica realizada com prudência.

C - CIRCULAÇÃO (CARDIOVASCULAR) E CONTROLE DA HEMORRAGIA

A equipa de trauma deve pesquisar o pulso (frequência, amplitude e ritmo), observando hemorragias externas, detetando prováveis hemorragias internas e sinais evidentes de choque.

AVALIAR SINAIS DE CHOQUE:

- pulso (valorizar taquicardia como sinal de hipovolémia)
- temperatura e coloração da pele: hipotermia, sudorese e palidez
- re-preenchimento capilar (retardado ou > a 2 segundos)
- tensão arterial
- estado de consciência
- inspeção (feridas, hematomas, distensão); palpação (mole, depressivo, sem defesa); palpação dos ossos longos (crepitações, dor, encurtamento, desvio, compromisso vascular)

A atuação da equipa deve ser de acordo com os achados clínicos e a monitorização, que deve ser contínua. O controlo da hemorragia na fase inicial é por compressão direta. Para a reposição do volume são necessários acessos venosos de grande calibre, no mínimo de dois. Deve ser realizado neste momento a colheita de sangue para análise e tipagem.

D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

A equipa pode iniciar a avaliação neurológica pedindo ao doente que cumpra ordens simples, do tipo apertar a mão e mexer os dedos dos pés como também pela estimulação dolorosa a nível dos membros para determinar a função motora e sensitiva. Nesta fase avalia-se a escala de coma de Glasgow sempre que possível. Deve ser sempre considerado que a hipóxia é uma das principais causas de alteração do estado de consciência.

E - EXPOSIÇÃO E CONTROLE TÉRMICO

Atendendo à privacidade e dignidade do doente a equipa deve despir a roupa, cortando-a para reduzir a necessidade de o mobilizar, e avaliar possíveis lesões que possam ter passado despercebidas, mantendo cuidados de imobilização da coluna. Deve ser dada atenção ao facto de as roupas apertadas poderem estar a servir de tampão para lesões não visíveis e o seu corte estimular a hemorragia. Apesar da necessidade de expor o doente deve atender-se ao risco de hipotermia, pois pode condicionar outras consequências. Na medida do possível, considerar o uso de bata térmica ou cobertores. A reposição de volume deve ser feita com soros e/ou sangue com sistema de aquecimento. A avaliação dos sinais vitais deve ser contínua para rapidamente serem perceptíveis flutuações do estado hemodinâmico do doente.

4. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

A avaliação secundária consiste numa avaliação da vítima “da cabeça aos pés”, isto é, num exame físico completo que inclui uma monitorização de todos os parâmetros vitais e numa recolha de todas as informações possíveis sobre a vítima e as circunstâncias do acidente.

A avaliação secundária não deve iniciar-se sem que a primária esteja concluída, as medidas de reanimação cardiopulmonar estabelecidas e a vítima demonstre normalização das funções vitais.

Nesta abordagem é realizado um exame neurológico completo, que inclui a determinação da Escala de Coma de Glasgow, caso ainda não tenha sido feito na avaliação primária, caso já tenha sido efetuada a reavaliação nesta fase permite monitorizar oscilações do estado de consciência.

Quadro 3. Escala de Coma de Glasgow

<i>Escala de Glasgow</i>		
<i>Abertura dos olhos</i>	<i>Resposta Verbal</i>	<i>Resposta motora</i>
4. Espontânea	5. Orientada	6. Obedece

3. À voz	4. Confusa	5. Localiza a dor
2. À Dor	3. Inapropriada	4. Não localiza a dor
1. Nula	2. Incompreensível	3. Flexão à dor
	1. Nula	2. Extensão à dor
		1. Nula

4.1.EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Esta abordagem deve também contemplar a realização de exames auxiliares de diagnóstico que incluem:

Protocolo analítico:

Hemograma, coagulação, grupo sanguíneo, bioquímica, ureia, creatinina, Na, K, Cl, doseamento etanol, drogas de abuso, HCG.

Protocolo radiológico:

Rx tórax e bacia; Rx coluna cervical, dorsal e lombar; TAC; Outro

Após a ressuscitação e a avaliação primária de um doente com trauma grave, por vezes existe como que uma ‘descompressão’ da Equipa de Trauma pelo dever cumprido. Isto pode significar uma menor atenção a uma avaliação secundária que como adiante se verá poderá implicar erros ou omissões de diagnóstico, com implicações por vezes graves.

Existem lesões que pela sua aparência e gravidade imediata podem desviar a atenção de outras lesões graves mas ainda sem semiologia evidente. Se o doente estiver estável, deve-se avançar com o exame físico o que implica uma avaliação completa ‘da cabeça aos pés’, centímetro a centímetro, não esquecendo o dorso e a região perineal.

A avaliação secundária deverá ser efetuada por toda a equipa de trauma.

4.2.OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Os objetivos da Avaliação Secundária são:

- Recolher/completar uma história médica e da lesão.
- Determinar a extensão da lesão.

- Integrar os dados da avaliação primária, dados laboratoriais, exames complementares de diagnóstico, evolução e resposta à terapêutica instituída.
- Desenvolver critérios para um plano de avaliação clínica, diagnóstico e de terapêutica.

4.3. SISTEMATIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

O exame físico deverá ser completo e minucioso, através de uma inspeção, palpação e auscultação cuidada, bem como na procura de lesões ocultas e complicações tendo em conta uma adequada história de comorbidades e história do acidente (mecanismo da lesão, tipo e circunstância do acidente - direção e local do impacto, queda, projeção, capotamento, encarceramento, etc.).

4.4. EXAME OBJETIVO

Cabeça

- Inspeção de lesões no couro cabeludo, face, ouvidos e nariz
- Hemorragia
- Perda de liquor
- Inspeção dos olhos e região peri-orbitária
- Avaliação da reatividade e tamanho pupilar
- Palpação dos ossos do crânio
- Palpação dos ossos da face

Pescoço

Inspeção e palpação do pescoço avaliando:

- Presença de hematomas,
- Desvio da traqueia,
- Sensibilidade dolorosa ou dismorfia na palpação da coluna cervical

Tórax

- Inspeção do tórax
- Sinais de contusão que podem indiciar lesões internas importantes (lesão pulmonar, mediastino, esplénica, hepática).
- Palpação de toda a grade costal
- Enfisema subcutâneo
- Crepitação ou zonas de hipersensibilidade dolorosa por fraturas de costelas,
- Palpação da clavícula e da omoplata

- Palpação do esterno
- Percussão do tórax
- Timpanismo sugestivo de pneumotórax
- Macicez sugestivo de hemotórax
- Despertar dor em zonas de lesão oculta
- Auscultação bilateral.

Abdómen

Deve ser realizada a inspeção e palpação do abdómen (pesquisa de lesões penetrantes, distensão abdominal, defesa /ventre de madeira, hipersensibilidade dolorosa sugestivos de lesão).

Procurar sinais externos de lesão como equimoses ou abrasões que podem indiciar lesões.

Palpação das costelas inferiores, pois caso fraturadas podem indiciar lesão hepática ou esplénica.

Períneo e Arco pélvico

Inspeção da região perineal (hematoma do escroto ou períneo, lesão penetrante, etc).

A avaliação da integridade do arco pélvico é essencial para:

- Identificar a possibilidade de fratura da bacia.
- Avaliar o grau de instabilidade do arco pélvico
- Identificar lesões de órgãos e vísceras adjacentes.

Inclui também exame ginecológico sempre que existe:

- Suspeita de gravidez
- Hemorragia retal, vulva, meato urinário
- Hematúria

Toque retal na presença de:

- Trauma abdomino-pélvico perfurante
- Lesão medular
- Hemorragia retal, meato urinário
- Hematúria

Deve-se inspecionar e palpar todo o arco pélvico, para detetar abrasões, lacerações e crepitações sugestivos de lesão. A palpação deverá ser na sínfise púbica e nas cristas ílicas, através de uma pressão em sentido antero-posterior alternado e compressão interna. Ao mínimo sinal de crepitação ou instabilidade, devemos suspender o procedimento pois podemos agravar a lesão e a hemorragia.

Em caso de fratura devemos imobilizar o doente, podendo recorrer a fixadores externos que podem ser colocados na Sala de Emergência (pedir colaboração de ortopedista) ou simplesmente imobilizar o doente no plano duro e envolver toda a bacia com ligaduras elásticas, fazendo alguma tensão.

Extremidades

O exame físico deve orientar-se para a pesquisa de potenciais lesões do tecido músculo-esquelético, que inclui também lesões vasculares, neurológicas e tendinosas.

- Inspeção, palpação e mobilização das extremidades e de todas as articulações major
- Identificar lesões que podem indiciar lesões do esqueleto.
- Exploração de todas as lesões de continuidade
- Avaliação dos pulsos periféricos
- Avaliação sumária dos reflexos osteo-tendinosos
- Exame neurológico completo em caso de lesão ou suspeita de lesão medular (avaliar: nível de lesão, grau de défice de função sensitiva e motora)

CONCLUSÕES

A Organização Mundial da Saúde emanou recomendações e guidelines para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado que foram apresentados neste trabalho (DGS, 2010).

De acordo com essas recomendações, entre outras, e dada a importância da patologia em causa, bem como o potencial impacto na redução da mortalidade e morbilidade dos doentes traumatizados, com a adoção de medidas relativamente simples e custo-efetivas, a Direção-Geral de Saúde traduziu e adaptou as orientações existentes a nível nacional e internacional, com a participação ativa de um grupo de peritos e representantes dos vários Colégios da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros e das Sociedades Científicas afins ao tema.

O tratamento seguro, agressivo, multidisciplinar do politraumatizado tem custos elevados que coloca de imediato a questão se os recursos são bem aplicados. A resposta da via verde trauma é fundamentada em estudos e resultados estatisticamente significativos.

Vários métodos foram desenvolvidos com o objetivo de calcular a partir das lesões e disfunções neurológicas a probabilidade de sobrevivência do traumatizado. Em nenhuma circunstância servem para determinar ou não o tratamento de um doente em particular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Despacho nº 10109/2014. (2014, agosto 14). Define os meios de emergência médica do INEM, I.P. (Portugal). Diário da República, 1 (150), p. 20233.

Despacho nº 10319/2014. (2014, agosto 14). Determina a Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica, I.P. (Portugal). Diário da República, 2 (153), p. 20673.

Direção Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 7/DQS/DQCO de 31/03/2010. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Acedida em fevereiro 14, 2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcqco-de-31032010-pdf.aspx>

Massada, S.R., (2002). Avaliação e Ressuscitação do doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa. Porto: Medisa - Edições e Divulgações Científicas, Lda.

Nunes, F. M., & Martins, A. G. (2009). Manual de Trauma. Damaia: Lusociência.

Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Lisboa. DC: Autor: Ordem dos Médicos.

Unidade Local de Saúde do Nordeste. (2013). Protocolo de Via Verde de Trauma. DC: Unidade Local de Saúde do Nordeste.



II Congresso de Enfermagem Médico-cirúrgica da ESSV

Parte II – Comunicações orais

A Importância de um Protocolo de Visitas nas Atitudes dos Enfermeiros Face à Família numa UCI Polivalente

Ana Santa

CHUC, nitasanta@gmail.com

RESUMO

Introdução: É inquestionável a importância da família junto da pessoa em situação crítica, uma vez que fornece muitos benefícios que conduzem a uma melhor condição de prestação do cuidado individualizado. Contudo, as evidências indicam que as atitudes e as motivações que os enfermeiros adotam face à família, condicionam o processo de cuidar. A evidência científica mostra que em cuidados intensivos as visitas suscitam ainda algum desconforto no seio dos enfermeiros sentindo que dificultam a sua capacidade de prestação de cuidados. Surge a necessidade de conhecer as atitudes dos enfermeiros neste ambiente e compreender a influência de um protocolo de visitas de familiares nas atitudes que os enfermeiros.

Métodos: Estudo de carácter analítico, correlacional e transversal, realizado com 80 enfermeiros de cuidados intensivos polivalente com experiência profissional superior a um ano. Para a obtenção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem “snowball”. O perfil da amostra: sexo feminino (73,75%); idade ≤ 35 anos (57,63%); licenciado (91,53%). Instrumento de colheita de dados: questionário on-line constituído por questões sócio-demográficas e profissionais e pela Escala “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)” (Oliveira et al., 2009). As respostas obtidas foram tratadas recorrendo ao programa SPSS (versão 20.0).

Resultados: Verificaram-se médias superiores nas atitudes dos enfermeiros perante a família, nas unidades em que existe protocolo de visitas do que as que não existe, nomeadamente, nas sub-escalas “família como parceiro dialogante e recurso de coping” ($M=45.27$ vs. $M=32.97$, $p=0.02$) e “família como recurso para os cuidados de enfermagem” ($M=45.18$ vs. $M=33.10$, $p=0.02$). Também constatou-se que não há relação entre o protocolo e a sub-escala família como fardo para os cuidados de enfermagem

Conclusão: Os resultados, salientam que a existência de protocolo induz atitudes positivas com as famílias. Os enfermeiros consideram o protocolo um veículo e recurso nos cuidados de enfermagem. Revela a importância atribuída pelos enfermeiros participantes à participação da família nos cuidados à pessoa em situação crítica

Palavras-chave (4 palavras max.) – Atitudes; Família; Pessoa em Situação Crítica.

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Benzein E, Johansson P, Arestedt KF, Berg A & Saveman BI. (2008). Families' importance in nursing care: nurses' attitudes an instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 97-117. doi: 10.1177/1074840707312716.

Oliveira, P. C. et al (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In BARBIERI, M. C. et al. Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 34-48.

Via aérea difícil

Fernando Silva

Centro Hospitalar Tondela-Viseu,EPE; fjasil@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Via Aérea Difícil (VAD) é definida pela American Society of Anesthesiology (2013) quando um profissional experiente encontra dificuldade na manutenção de ventilação sob máscara, dificuldade de intubação traqueal ou ambos. O objectivo de prever a via aérea difícil e/ou de actuar perante uma VAD é o de manter oxigenação para evitar hipóxia, manter a integridade do fluxo aéreo, reconhecer a gravidade do problema, observar atentamente a VA e agir com eficácia e rapidez.

Constitui uma das maiores preocupações dos profissionais de saúde, não só a nível da emergência mas também desde que se iniciou a realização de anestésias gerais com respiração assistida, mediante a administração de relaxantes musculares.

O desenvolvimento de novos instrumentos médicos, como os fibroscópios, (vídeo) laringoscópios, máscaras laríngeas, assim como o avanço científico em técnicas e produtos inovadores, geraram um salto qualitativo no controle da via aérea (Flores; Martinez, 2007). A comunicação oral pretende definir via aérea difícil, quer prevista e não prevista em ambiente pré-hospitalar e sala de emergência, prever uma VAD em ambiente de urgência, assim como abordar os dispositivos mais utilizados na sua abordagem.

Métodos: Revisão sistemática qualitativa, utilizando informação de bases de dados como pubmed, medscape e guidelines atualizadas da difficult airway society e American Society of Anesthesiology.

Resultados: A via aérea difícil (não prevista) em ambiente pré-hospitalar e sala de emergência, a "gold standart" para a sua previsão utiliza-se a mnemónica LEMON. Esta avaliação e o conhecimento dos algoritmos de atuação, assim como o material disponível (máscara laríngea, combitube, fibroscópio, lâmina de McCoy, glydescope entre outros), permitem ganhos em saúde

Conclusão: O Enfermeiro especialista em médico-cirúrgica deve estar na linha da frente de atuação em doentes com VAD, não só pela sua complexidade intrínseca, como risco aumentado para a vida do doente. O uso de material adequado em carro específico, algoritmos de atuação e compreensão dos seus princípios, permitem minimizar danos, prevenindo efeitos adversos.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Via aérea difícil

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

American Society of Anesthesiologists (2013) Task Force on Management of the Difficult Airway. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*, 118: 251-270.

Flores, M^a Luísa; Martinez, M.^a Luz (2007) - Via aérea difícil. Majadahonda, Madrid: Ergon.

Abordagem ao Doente Crítico - Realidade Israelita

Tiago Augusto

INEM – DRSul; tiago.a.augusto@gmail.com

RESUMO

A abordagem ao doente crítico na Sala de Emergência, shock-room, constitui o primeiro contacto entre o mesmo e as equipas hospitalares. A assistência ao doente crítico requer uma resposta orientada, baseada nos princípios de Abordagem à Vítima, assumindo a necessidade de uma intervenção precoce e adequada nas situações emergentes.

Fomentando o conceito da "golden-hour" onde a estabilização precoce do doente reflete uma diminuição da morbilidade e mortalidade, a sistematização desta abordagem torna-se crucial. Intrínseco na realidade Israelita, muito fruto definido por um passado e actualidade em torno de conflitos, o tratamento de vítimas/doentes críticos é uma qualidade aperfeiçoada, onde a sistematização na abordagem traduz a essência da eficiência no tratamento major, melhorando o prognóstico do doente. Todo o sucesso desta prática evoca o conceito de liderança, onde todos os elementos da equipa tem funções bem definidas e assumidas, optimizando todas as ações.

A priorização de necessidades, combater a causa e corrigir lesões primárias são o “ponto-chave” desta actuação, num curto espaço de tempo.

Esta temática surge no âmbito de um estágio em Traumatologia realizado no Rambam Health Care Campus - Trauma Center - Haifa -Israel, assumindo um princípio de partilha de realidades, alertando a actualidade para práticas mais eficientes.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Doente Crítico; Sala de Emergência; Israel

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

A. Carneiro, E. Neutel. Manual de Procedimentos – Curso de Evidência na Emergência, Pfizer, 3ªEdição, 2010

Joep M Droogh, et al. Transferring the critically ill patient: are we there yet?, Critical Care, 2015

Via Verde do Acidente Vascular Cerebral Avaliação do Protocolo Durante Quatro Anos e Meio

Sílvia Delgado⁽¹⁾, Ilda Barreira⁽¹⁾, Isabel Pires⁽¹⁾, Leonel Preto⁽²⁾, Pedro Preto⁽²⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde de Bragança; ⁽²⁾ Escola Superior de Saúde de Bragança; ildamaria25@portugalmail.pt

RESUMO

Introdução: O AVC é uma importante causa de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Relativamente ao AVC isquémico a fibrinólise possibilita um tratamento mais eficaz da patologia com ganhos em autonomia e qualidade de vida.

Métodos: Estudo retrospectivo a partir dos dados informáticos dos processos clínicos dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquémico (AVCI) que recorreram ao serviço de Urgência da unidade hospital de Bragança da Unidade Local de Saúde do Nordeste, desde 1 de janeiro de 2010 até 30 de junho de 2014.

Resultados: Estudámos 819 pacientes, dos quais 61,3% apresentavam AVC isquémico (220♀ e 282♂). Apresentavam hemorragias 16,2% dos utentes (61♀ e 72♂). A prevalência de AIT foi de 22,5% (80♀ e 104♂). Obtivemos uma taxa de ativação de 35,3% para o AVC isquémico. Em 33 pacientes foi realizada fibrinólise. Os doentes sujeitos as fibrinólise pontuaram em média 15,27 na Escala NIHSS. Após realização de fibrinólise a média situou-se nos 11,82 pontos. A principal complicação do tratamento (fibrinólise) foi a transformação hemorrágica verificada em 3 situações.

Conclusão: Apesar da elevada taxa de ativação do protocolo, apenas 5,7% (n=33) de um total de 502 pacientes com AVC isquémico foram fibronilizados. Esta discrepância talvez possa explicar-se pela elevada idade dos pacientes com AVCI (78,8±10,3 anos) e a sua procedência maioritariamente rural (78,9%), o que alarga o tempo desde o início dos sintomas ao diagnóstico final.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Acidente Vascular Cerebral; Via Verde; Resultados

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Correia., Silva., Matos., Magalhães., Lopes., Ferro., & Silva. (2004). Prospective community-based study of stroke in Northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke*, 35(9), 487-491.

Gresham., Phillips., Wolf., McNamara., Kannel., & Dawber. (Nov de 1979). Epidemiologic profile of long-term stroke disability: the Framingham study. *Arch Phys Med Rehabil*, 60, 487-491.

Liderança e Motivação dos Enfermeiros

Fernando Micaelo⁽¹⁾, João Carvalho Duarte⁽²⁾, Maria Odete Amaral⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospital Amato Lusitano – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco; ⁽²⁾ Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu; fmicaelo@gmail.com

RESUMO

O atual momento de mudança social e laboral, influencia a motivação dos profissionais exigindo novos predicados aos seus líderes. Tendo em vista a produtividade e o desempenho dos enfermeiros, importa capacitar os líderes e reconhecer quais os fatores modeladores da motivação. Com os objetivos de avaliar a motivação dos enfermeiros, identificar as variáveis que a influenciam, determinar os perfis de liderança dos enfermeiros líderes e analisar a relação entre estes e a motivação, desenvolvemos um estudo transversal, descritivo e correlacional. A amostra (não probabilística por conveniência) foi de 192 enfermeiros, utilizando um questionário autoaplicado para a caracterização sociodemográfica e profissional, avaliação da motivação e perfil de liderança dos enfermeiros líderes. Como resultados, a média de idades dos enfermeiros foi de $38,63 \pm 7,78$ anos, a maioria do género feminino (75,5%). Habitam na cidade 89,1% dos enfermeiros, têm um relacionamento 73,4% e são licenciados 86,5%. Profissionalmente são enfermeiros de cuidados gerais (88,5%), em horário rotativo (78,6%), com um contrato de trabalho de funções públicas (73,4%) e exercem à $15,96 \pm 7,54$ anos. Mostram-se muito motivados, 40,1% dos enfermeiros, considerando-se pouco motivados 36,5%. O género e a idade relacionam-se com as necessidades fisiológicas ($p=0,004$) e de segurança ($p=0,032$); estado civil, funções prestadas e tempo de exercício com as sociais ($p=0,002$; $0,019$; $0,011$); O comportamento de liderança de consideração associou-se significativamente com as necessidades de autorrealização ($r=-0,162$; $p=0,025$) e o comportamento de liderança de estruturação com as necessidades sociais ($r=-0,147$; $p=0,042$). Concluímos que motivação dos enfermeiros divide-se entre o muito e pouco motivados. É influenciada por fatores como a idade, estado civil, funções prestadas e tempo de exercício profissional. O comportamento de liderança dos enfermeiros líderes influencia a motivação, em particular as necessidades de autorrealização e sociais. Propõe-se a necessidade de capacitar os líderes em competências de liderança e desenvolver estratégias motivacionais conducentes a melhor desempenho e produtividade dos profissionais.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Enfermagem; Liderança; Motivação.

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte).

Germain, P., & Cummings, G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, pp. 425-439.

Northouse, P. (2013.) *Leadership: Theory and Practice*. Washington: SAGE Publications.

Satisfação Profissional dos Enfermeiros de um Hospital da Região Centro

João Valente⁽¹⁾, João Duarte⁽²⁾, Odete Amaral⁽²⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano; ⁽²⁾ Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde; jvalentezz@gmail.com

RESUMO

Enquadramento: A satisfação profissional, nas últimas décadas, tem sido considerada crucial na melhoria do desempenho das organizações e pela influência sobre o trabalhador. A satisfação influencia a saúde física e mental, as atitudes, o comportamento profissional e social, com repercussões na vida pessoal, familiar e laboral. Mudanças socioeconómicas e laborais têm sido responsáveis por um desgaste físico e mental dos enfermeiros, com consequências no aumento da insatisfação e com reflexo na qualidade dos cuidados prestados e bem-estar individual. **Objetivos:** Avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros e identificar variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a satisfação profissional. **Métodos:** Realizámos um estudo transversal com 192 enfermeiros de um hospital da região centro do país. A média de idades dos profissionais foi de 39.32 ± 7.99 anos, a maioria do sexo feminino (75,5%), a viver na cidade, casado, com a categoria de “enfermeiro”, a desempenhar funções de prestação de cuidados em horário rotativo com um contrato de trabalho de funções públicas e a exercer a profissão à 15.96 ± 7.54 anos. Para a recolha de dados utilizámos um questionário autoaplicado, com questões para avaliação das características sociodemográficas, profissionais e a Escala de Satisfação Profissional de Pereira, 2010 para avaliação da satisfação profissional. **Resultados:** A maioria dos enfermeiros referiu insatisfação profissional (53.65%). Os enfermeiros que apresentam índices superiores de satisfação profissional pertencem ao género masculino ($p=0,002$), e não encontramos diferenças significativas com a idade ($p=0,923$); com a relação conjugal ($p=0,892$), com a categoria profissional “enfermeiro” ($p=0,410$), com funções de gestão ($p=0,542$) em horário fixo ($p=0,193$) e apresentam um tempo de exercício na profissão inferior a 15 anos ($p=0,141$) com contrato individual de trabalho sem termo ($p=0,305$). **Conclusões:** Mais de metade dos enfermeiros apresentou insatisfação profissional, sendo o sexo feminino o mais insatisfeito. Emerge assim a necessidade da implementação de estratégias interventivas, no sentido da melhoria da satisfação profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave (4 palavras max.) - Satisfação Profissional, Enfermeiros

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Pereira, A., (2010). Factores de Satisfação Profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Covilhã - Universidade da Beira Interior - Departamento de Gestão e Economia. Tese de Mestrado.

Valente, J., (2013). Satisfação Profissional dos Enfermeiros de um Hospital da Região Centro. Viseu - Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Relatório Final, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco. 2 anos de Atividade Assistencial

João Valente⁽¹⁾, Nelson Antunes⁽¹⁾, Fernando Micaelo⁽¹⁾, Nulita Lourenço⁽¹⁾, Paulo Costa⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano; jvalentezz@gmail.com

RESUMO

É expetável para doentes, familiares, visitas e funcionários, que o ambiente hospitalar espelhe segurança e capacidade de resposta em situações de emergência ameaçadora da vida, que envolva qualquer um dos frequentadores destes espaços. Diversos estudos internacionais revelaram que a existência de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) consegue melhorar a morbilidade e a mortalidade intra-hospitalar, ao propor metodologias de sistematização da avaliação dos utentes e de intervenção precoce por parte de equipas altamente diferenciadas.

Contudo a realidade nacional, no que toca à criação de EEMI, é ainda embrionária comparativamente com a realidade de outros países. A Direção Geral da Saúde (DGS) desperta para esta carência, emitiu no ano 2010, normas imperativas para a implementação destas equipas em todas as unidades hospitalares nacionais. Dando cumprimento a essa normativa da DGS, foi implementada, no início de 2013, no Hospital Amato Lusitano (HAL) uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar.

Com 2 anos de actividade, pretendemos dar visibilidade ao trabalho desenvolvido, dando a conhecer os objetivos, linhas orientadoras, implementação e espectro assistencial da actividade da EEMI do HAL nos anos 2013 e 2014.

Palavras-chave (4 palavras max.) - Equipa Emergência Médica Intra-Hospitalar

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Micaelo, F., Valente, J., Antunes, N., Lourenço, N., Costa, P., & Costa, P. (2012). Projeto Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar. Castelo Branco.

DGS. (2010). Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010. Retrieved setembro 10, 2012, from Direcção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/?cr=16312>.

Ruído Hospitalar: Mal ou Mal Necessário?

Nélio Silva

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE; neliomjs@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Florence Nightingale sustentava que o ruído desnecessário era o mais cruel indicador de ausência de cuidado e que podia ser perturbador, tanto para doentes, como para pessoas saudáveis. Os **objetivos** deste estudo foram: identificar se as variáveis sociodemográficas influenciavam o bem-estar dos doentes; analisar a relação das variáveis clínicas com o bem-estar dos doentes; aferir se o ruído hospitalar exercia influência no bem-estar dos doentes.

Métodos: Estudo descritivo realizado em 84 doentes internados em três Unidades do CHBV, EPE; 59.5% do género masculino e 40.5% feminino. Inclui um questionário composto pelos dados sociodemográficos e clínicos, um questionário que avalia a perceção do ruído através do Conforto Ambiental de Cunha e Silva (2012) e Positive And Negative Affect Schedule de Watson, Clark e Tellegen (1988). E, também, medição do nível médio de pressão sonora de equipamentos.

Resultados: Relativamente à perceção do doente, as Fontes Clínicas de Ruído ($r=-0.269$; $p=0.013$), a Nota Global do Conforto Ambiental ($r=-0.254$; $p=0.020$) e as Alterações Provocadas pelo Ruído ($r=-0.362$; $p=0.001$) apresentaram relação estatisticamente significativa com o Bem-Estar Subjetivo.

O nível médio de pressão sonora das Fontes Clínicas de Ruído ($t=-2.529$; $p=0.013$) apresentou relação estatisticamente significativa com o Bem-Estar Subjetivo do doente internado.

Conclusão: Os resultados evidenciam que o bem-estar subjetivo é influenciado pelo ruído hospitalar em geral, mais concretamente, o ruído provocado por fontes clínicas (ex.: monitores e outros equipamentos).

Foi ainda possível verificar que algumas alterações fisiológicas e psicológicas dos doentes estão relacionadas com o ruído hospitalar.

Palavras-chave (4 palavras max.) – .Ruído; Ruído Hospitalar; Bem-Estar Subjetivo.

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

- Choiniere, D. (2010). The Effects of Hospital Noise. *Nursing Administration Quarterly*, 34, pp. 327-333.
- Pope, D. (2010). Decibel levels and noise generators on four medical/surgical nursing units. *Journal of Clinical Nursing*, 2463–2470.

Evidências das Boas Práticas na Prevenção da Infecção Respiratória Associada à Ventilação

Natércia Coelho⁽¹⁾; Madalena Cunha⁽²⁾

⁽¹⁾ UCIP do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ⁽²⁾ CI&DETS ESSV, Instituto Politécnico de Viseu; naterciadc@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Infecção Respiratória Associada à Ventilação (IRAV) é uma das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) mais comum que pode afetar o doente crítico em contexto de cuidados intensivos. A aplicação de medidas preventivas como um conjunto ("Bundle") é uma estratégia essencial que consiste na mudança do processo do cuidar do doente crítico, conduzindo à redução da IRAV e promoção da melhoria da adesão às respetivas medidas preventivas. **Métodos:** Estudo retrospectivo, com enfoque descritivo-comparativo. Com o objetivo de analisar e comparar a frequência de aplicação das medidas preventivas da IRAV no período pré (último semestre de 2010 e 2011) e pós (último semestre de 2012) a implementação da "Bundle". Em ambos os períodos foram colhidos dados em três momentos do internamento (admissão, dia intermédio e alta). Envolve 162 doentes críticos adultos de ambos os géneros admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) da zona Centro de Portugal, com internamento ≥ 72 H, submetidos a pelo menos 48 horas de ventilação mecânica. O estudo obteve parecer positivo da Comissão de Ética e a colheita dos dados foi autorizada pelo Conselho de Administração. **Resultados:** O estudo evidencia que no período pós implementação da "Bundle" foi efetuada em média mais vezes a elevação da cabeceira da cama $\geq 30^\circ$, a verificação da pressão do cuff do tubo endotraqueal e a higiene oral com clorhexidina gel 2%, obtendo-se diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0.000$) para os três momentos de internamento. Nas medidas "desligar sedação" e "realizar desmame ventilatório" não se verificaram diferenças significativas ($p>0,05$). Constatou-se que a aplicação do conjunto de medidas preventivas da IRAV foi em média mais elevada no ano 2012, com diferenças altamente significativas no momento da admissão ($H=55,911$; $p=0,000$), no dia intermédio ($H=74,475$; $p=0,000$) e no momento da alta ($H=59,590$; $p=0,000$). **Conclusão:** O estudo aporta evidências sobre a mais valia da implementação da "Bundle" na prevenção da IRAV, demonstrando a melhoria da adesão do cumprimento das boas práticas aquando da execução das terapêuticas médicas e de enfermagem ao doente crítico na UCIP.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Infecção Respiratória, prevenção, "Bundle"

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Lawrence, P., Fulbrook, P. (2011). The ventilator care bundle and its impact on ventilator-associated pneumonia: a review of the evidence. *Nursing In Critical Care*, 16(5), 222-234. Available from: MEDLINE with Full Text, Ipswich, MA. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00430.x

Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW, (2012) Using Care Bundles to Improve Health care Quality. IHI Innovation Series White paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. Acedido a 15, Dezembro, 2013.

Casuística da Via Verde Sépsis na ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança

Cristina Pires⁽¹⁾, Fernanda Garcia⁽¹⁾, Pedro Fernandes⁽¹⁾, Sandra Novo⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde do Nordeste; fernandagarcia@gmail.com

RESUMO

A sépsis é uma condição médica severa, caracterizada por uma resposta inflamatória sistémica (designada por Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica), geralmente causada pela presença de um agente infeccioso na corrente sanguínea.

É objetivo da via verde sépsis (VVS) identificar focos suspeitos de infeção à entrada na rede de serviços de saúde (Urgência) no momento da triagem do utente, favorecendo-se uma atuação precoce e especializadas. A implementação da via verde sépsis pretende reduzir a mortalidade por infeção e também reduzir o número de dias de internamento, bem como a necessidade de cuidados intensivos ou diferenciados.

Foi realizado um estudo descritivo e transversal. Os dados incidem sobre todas as vias verdes sépsis ativadas desde o momento da sua implementação (Junho 2010) a 31 de Agosto de 2014, em utentes admitidos na ULSNE- Serviço de Urgência da Unidade de Bragança. Dos resultados do estudo destaca-se que no período de 01/06/2010 a 31/08/2014 a via verde sépsis foi ativada 226 vezes. A média de idade da população é de 61,89 anos. O sexo mais prevalente foi o feminino (58,4%). Os sujeitos foram triados com a prioridade amarela em 58,6% das situações. Salienta-se que as infeções que mais se repetem são as do sistema respiratório, seguidas do urinário. O antibiótico mais vezes administrado foi o ceftriaxona. A maioria dos doentes necessitou de internamento hospitalar (74,2%).

Palavras-chave (4 palavras max.)-Sépsis; Via Verde; Critérios de ativação

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Norte.(2009).

Saraiva, D. M. R. F. (2011). Abordagem do Doente com Sépsis/Choque Séptico: Criação e Implementação da Via Verde da Sépsis. Revista Nursing, Agosto, 8 -13.



II Congresso de Enfermagem Médico-cirúrgica da ESSV

Parte III - Pósteres

Atuação Imediata no Extravasamento Vascular de Citotóxicos

Ana Oliveira⁽¹⁾, Vera Duarte⁽¹⁾, Ana Martins⁽²⁾

⁽¹⁾ Enfermeira no Serviço de Urgências do Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Torres Vedras; ⁽²⁾ Enfermeira na Empresa Ambiglobal; ana_sirp@hotmail.com

RESUMO

Atualmente observa-se um aumento na utilização de medicação endovenosa em clientes hospitalizados, sendo um deles os citotóxicos. Uma das suas complicações é o extravasamento, que é definido como a infiltração acidental de um fármaco no tecido subcutâneo circunjacente. O objetivo deste póster foi realizar uma revisão da literatura relativa à atuação imediata perante o extravasamento vascular de citotóxicos considerando a abordagem 'ABC'.

A pesquisa foi efetuada nos meses de novembro e dezembro de 2014. Foram utilizadas duas estratégias de pesquisa, ambas na base de dados B-on online com os descritores, no idioma inglês, extravasat* AND oncological e extravasat* AND guidelines (abstract), data de publicação entre 2000 e 2014. Foram considerados elegíveis 4 artigos correlacionados com atuação perante extravasamento de citotóxicos. A restante consulta foi orientada pela leitura de documentos presentes nas bases eletrónicas do Infarmed e do CPR.

A utilização de citotóxicos tem inerente a ocorrência de complicações, como o extravasamento, apresentando efeitos locais tóxicos que, não atuando rápida e eficazmente poderá levar ao comprometimento da funcionalidade daquele membro. Assim, sempre que haja deteção ou suspeita desta problemática, devem ser rapidamente iniciadas as intervenções recomendadas pelas Extravasation guidelines do EONS (2008), tendo por base a abordagem 'ABC', com respetiva reavaliação constante, e as orientações propostas pelas guidelines for Resuscitation do ERC (2010). O enfermeiro, responsável pelo processo terapêutico, pode evitar complicações decorrentes, pondo em prática as medidas que minimizam os respetivos fatores de risco/vulnerabilidade. Para além da importância na otimização da terapia vascular com citotóxicos são fundamentais os cuidados imediatos aquando esta problemática. As guidelines dão indicações claras no que diz respeito ao reconhecimento, prevenção e atuação perante um extravasamento de citotóxicos. Sugerem uma adequada unificação entre as práticas relativas a esta terapia, tendo em vista a prevenção de complicações, limitando incapacidades, ou o alcance da recuperação total da pessoa.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Extravasamento | Citotóxicos

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

EUROPEAN RESUSCITATION CONCIL – Guidelines for resucistation. [em linha]. 2010. [Consult. 25 fev. 2014]. Disponível em WWW: http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27844.

WENGSTROM, Y. & MARGULIES, A. - European Oncology Nursing Society extravasation guidelines.
European Journal of Oncology Nursing. Londres. ISSN: 1462-3889. Vol. 12 (2008). p. 357-361.

TISS-28. Therapeutic Intervention Scoring System

Vitor Calvo

Centro Hospitalar Tondela-Viseu; vitor.calvo@hotmail.com

RESUMO

O presente POSTER pretende traduzir os resultados obtidos com a aplicação do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) na Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico (UMDC). Ao aplicar o TISS-28 na UMDC do serviço de Cirurgia 1 do CHTV, pretendo dar a conhecer com clareza a carga de trabalho de Enfermagem praticado pelos Enfermeiros do serviço. O valor TISS-28 permite não só estimar as intervenções e, portanto, a gravidade indireta dos pacientes, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva, uma vez que cada ponto TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de trabalho de um profissional de enfermagem na assistência ao doente crítico.

O estudo efetuado com a aplicação do TISS 28, trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem quantitativa, com utilização de medidas de tendência central, realizado na Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico (UMDC), do serviço de cirurgia 1 do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

A UMDC dispõe de 7 camas, é uma unidade destinada a receber pacientes em estado crítico no pré e pós-operatório, fizeram parte da população do estudo todos os pacientes admitidos na UMDC, de 1 a 31 de maio, como critério de inclusão foram considerados todos os pacientes com mais de 18 anos e com permanência mínima de 24 horas na unidade. Da análise dos resultados observou-se que no total de 27 pacientes, 44.5 % eram do sexo feminino e 55.5% eram do sexo masculino, verificou-se no período em questão uma taxa de ocupação da unidade de 52.7%. Numa análise mais pormenorizada e atendendo às medidas de tendência central podemos dizer que a média de horas de cuidados necessários por dia na UMDC é de 45.37 horas a que corresponde uma média de 85.62 pontos TISS por dia. Atendendo aos dados estatísticos enunciados, ao apresentarmos uma média de pontos TISS de 85.62 pontos e atendendo que cada enfermeiro deverá realizar no máximo 46 pontos, com esta taxa de ocupação deverá ser preconizado o uso de 1.86 enfermeiros por turno. Embora os resultados do presente estudo possam ser minorados pelo facto dele se efetuar apenas num mês, são dados indicativos, que vão de encontro às referências bibliográficas.

Palavras-chave (4 palavras max.) – TISS-28; Carga de trabalho

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Keene, A. R., & Cullen, D.J. (1983). Therapeutic intervention scoring system: update 1983. *Crit Care Med*, 11(1): 1-3.

Miranda, D.R., Rijk, A.P., & Schauffeh, W. (1996). Simplified therapeutic intervention scoring system: the TISS28 item-results from a multicenter study. *Crit Care Med*, 24(1), 64-73.

Biotecnologia no Tratamento de Feridas

Sílvia Leão⁽¹⁾, Sara Fernandes⁽²⁾, Clarinda Sousa, Joaquim Morgado

⁽¹⁾ Centro Hospitalar Tondela Viseu; ⁽²⁾ Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto; silvialeaob@gmail.com

RESUMO

O tratamento de feridas tem constituído um grande desafio para a enfermagem. Nos últimos anos, a utilização de produtos naturais e, em particular os produtos à base de plantas, tem assumido novamente uma grande relevância, a qual tinha diminuído aquando do aparecimento em massa dos medicamentos de síntese. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam, quase exclusivamente, a medicina tradicional, e em particular à base de plantas. A Azadirachta indica é uma planta conhecida como Neem, entre outros fins terapêuticos, possui atividades significativas antibacteriana, analgésica, imunomoduladora e antiinflamatória. De entre os vários compostos já isolados e estudados, a Azadiractina (AZA) foi identificada como o principal composto bioativo desta planta. Aloe vera é vastamente utilizada na medicina tradicional, possui propriedades emoliente, antimicrobiana, cicatrizante, anestésica e anti-inflamatória. A papaia (Carica papaya) é um fruto rico em enzimas (papain e chymopapain) com capacidade de dissolver tecido morto, promovendo portanto o desbridamento autolítico, sendo-lhe também reconhecida capacidade antibacteriana e fungicida.

Metodologia: Realizada uma revisão sistemática da literatura com o objectivo de identificar a evidencia científica atual, disponível a partir de bases de dados científicas (B-on, PubMed e Scielo), pesquisa de artigos online e produções científicas nacionais. Dos inúmeros trabalhos encontrados, após leitura e análise, foram selecionados 13 de acordo com a pertinência para o estudo. Paralelamente foram levados a cabo diversos estudos de caso, tendo a formula de bioativos sido aplicada em adultos voluntários com lesões traumáticas diversas.

Resultados: A aplicação da formulação obtida com a associação dos extratos naturais, evidenciaram resultados positivos quanto à cicatrização, à redução da dor e relativamente à qualidade da pele. Os resultados obtidos demonstram que esta tem potencialidades no controlo de infecção, desbridamento de tecido inviável e regeneração tecidual com bons resultados estéticos.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Feridas, Neem; Aloe Vera; Carica papaya

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Alana Tamar Oliveira de Sousa; Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares; Simone Helena dos Santos Oliveira; Marçal de Queiroz Paulo. A biotecnologia no tratamento de úlcera vascular: estudo de caso. 2013. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a11.pdf>

FERNANDES, Sara. Doseamento da Azadiractina e avaliação da atividade antimicrobiana em produtos contendo óleo de Neem. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Instituto Politécnico do Porto. 2014.

O Doente Crítico Submetido a Cirurgia de Controlo de Danos: Encerramento Abdominal Provisório por Vacuum Pack

Vânia Pinto⁽¹⁾; Celina Cardoso⁽¹⁾; Virgínia Araújo⁽¹⁾; Ana Ferreira⁽¹⁾

⁽¹⁾ Bloco Operatório, CHTMAD – UVR; vania.pinto.80@gmail.com

RESUMO

A cirurgia de controlo de danos (CCD) consiste numa abordagem rápida, eficaz e provisória à pessoa / doente traumatizado em situação crítica. O conceito assenta no princípio de que em circunstâncias de trauma grave, o doente pode desenvolver a chamada Tríade Letal, caracterizada pela presença de acidose metabólica, hipotermia e coagulopatia. (Valente,2013). Desta forma, todas as ações vão no sentido de minimizar as sequelas metabólicas que nestes doentes se desenvolvem e que se sabem afetar adversamente a sua sobrevivência, não possuindo assim a CCD uma estratégia cirúrgica rígida definida, indo de encontro ao bom senso cirúrgico, à Cirurgia Fisiológica. É amplamente aceite que esta recai em 3 estadios fulcrais: 1-cirurgia abreviada; 2- reanimação em ambiente de cuidados intensivos; 3-reintervenção (Boffard, 2010).

A cirurgia inicial abreviada contempla o encerramento provisório. Neste caso, e dado que é esse o propósito do nosso trabalho, focar-nos-emos no encerramento abdominal provisório (EAP), especificamente no EAP por vacuum pack. Não existindo um método único, idealmente deve ser usado aquele que proteja o conteúdo abdominal, sendo rápido e fácil de usar, maximizando o controlo sobre a contaminação, quantificando as perdas de fluidos do terceiro espaço, prevenindo o síndrome do compartimento abdominal e que permita a re-exploração com o mínimo de danos teciduais (Ozguç, 2008). Atualmente, quer pelo custo quer pela facilidade na obtenção do material necessário, este é um dos métodos mais usado para este efeito.

Neste trabalho propomo-nos a apresentar um estudo retrospectivo de todos os doentes submetidos a CCD abdominal, com EAP por vacuum pack, no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro- Unidade de Vila Real, no período compreendido entre Janeiro de 2010 e Abril de 2014, bem como as principais características do método e intervenções de enfermagem.

Palavras-chave (4 palavras max.) - Cirurgia Fisiológica, Tríade Letal.

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

- Boffard, K.D.. Manual de Cuidados Cirúrgicos Definitivos em Trauma (2010). 2a ed. Edições Almedina. Coimbra.
- Ozguç, H., (et al.)(2008). Temporary Abdominal Closure with the Vacuum Pack Technique: a 5-Year Experience. Acta Chir Belg.108. 414-419.
- Valente, Pedro (et al.)(2013) Controlo de dano em cirurgia elective. Fará sentido? A propósito de um caso clinico. Revista Portuguesa de Cirurgia. II série. N 24. 83-87.

Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco: 2 Anos de Atividade

Fernando Micaelo⁽¹⁾, Nelson Antunes⁽¹⁾, João Valente⁽¹⁾, Nulita Lourenço⁽¹⁾, Paulo Costa⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano; fmicaelo@gmail.com

RESUMO

É expectável para os utentes, visitas e familiares, funcionários e demais pessoas que frequentam o espaço de uma instituição hospitalar, que o mesmo seja sinónimo de segurança e capacidade de resposta dos seus profissionais, perante uma situação de emergência ameaçadora das suas vidas. Diversos estudos internacionais revelaram que a existência de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) consegue melhorar a morbidade e a mortalidade intra-hospitalar, ao propor metodologias de sistematização da avaliação dos utentes e de intervenção precoce por parte de equipas altamente diferenciadas, especificamente preparadas para tal. Tendo por foco os principais objetivos de intervir em situações de emergência intra-hospitalar, fomentar o início atempado de medidas clínicas adequadas aos utentes com doença súbita ou agravamento da sua condição clínica e reduzir a taxa de mortalidade intra-hospitalar, a EEMI do Hospital Amato Lusitano (HAL) iniciou funções em Janeiro de 2013, apresentando em Dezembro de 2014 um total de 151 ativações para emergências em 23 espaços intra-hospitalares. As vítimas, com uma idade média de 68 anos, apresentaram maioritariamente o critério de ativação "perda súbita da consciência" (28,2%), seguido de "PCR" (13,9%) e "paragem respiratória" (9,8%). Resultante da atuação direta da EEMI, 61,6% dos utentes apresentaram evolução clínica positiva, tendo a maior percentagem de utentes (34,5%) permanecido no mesmo serviço após a estabilização e melhoria do seu quadro clínico; 26,9% dos utentes foi encaminhado para o serviço de urgência do HAL, sendo a sua maioria pessoas que frequentavam o espaço intra-hospitalar (não internadas). Reconhecendo que a existência de uma EEMI é apenas uma das múltiplas variáveis moduladoras da mortalidade intrahospitalar, obteve-se contudo nos 2 últimos anos uma redução da mortalidade no HAL superior a 1 ponto percentual, passando de 6,63% e 7,05% (2011 e 2012) para 6,15% e 5,90% em 2013 e 2014 respetivamente. Os dados apresentados confirmam o cumprimento da EEMI para com os objetivos propostos, corroborando os estudos internacionais, traduzindo-se em ganhos em saúde, com um mínimo de custos associados.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Enfermagem em Emergência; Medicina de Emergência

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

- Bristow, P., Hillman, K. M., Chey, T., Daffurn, K., Jacques, T., Norman, S., & Bishop, G. f. (2000). Rates of in-hospital arrests, deaths and intensive care admissions: the effect of a medical emergency team. *The Medical Journal of Australia*, pp. 236-240.
- Buist, M., Moore, G., Bernard, S., Waxman, B., Anderson, J., & Nguyen, T. (2002). Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. *British Medic.*

Emergência Intra Hospitalar no Instituto Português de Oncologia

Diana Ferreira⁽¹⁾, Fátima Cleto⁽¹⁾, Susana Leal⁽¹⁾

⁽¹⁾ Instituto Português de Oncologia do Porto; sumleal@gmail.com

RESUMO

Introdução: Atualmente, uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo, sendo por isso imperativo a implementação de equipas de Emergência Médica Intra Hospitalar (EMIH), na prestação de cuidados a doentes em estado crítico.

Conteúdos: Alguns hospitais já possuem em funcionamento uma resposta organizada à paragem cardio-respiratória, com Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar, que são ativadas, não só para situações de paragem cárdio-respiratória, mas também para situações de significativa deterioração fisiológica aguda. A Emergência Médica Intra-Hospitalar tem como missão dotar o Hospital de um sistema capaz de assegurar a assistência especializada nas 24h a todos os doentes, profissionais e visitas em situações de PCR ou grave compromisso de funções vitais, com critérios de ativação definidos e sempre ponderando o contexto clínico do doente. Estas equipas são, de uma maneira geral, constituídas por um Médico e um Enfermeiro com competências em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação e respondem de imediato à sua ativação.

Objetivos: Divulgar a atividade inerente à Emergência Médica Intra Hospitalar no Instituto Português de Oncologia do Porto; Promover o Enfermeiro como elemento integrante e participante na equipa de Emergência (nos cuidados ao doente em situação crítica); Identificar vantagens na existência de uma EMIH em funcionamento.

Método: Trata-se de uma reflexão crítica com a finalidade de partilhar à comunidade profissional e ampliar a visão sobre o assunto em causa.

Conclusão: O aumento da visibilidade da autonomia, responsabilidade e qualificação no processo do cuidar por parte do enfermeiro na pessoa em situação crítica, tem sido uma necessidade efetiva como elemento integrante na equipa EMIH.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Enfermagem; Emergencia; Intrahospitalar; Oncologia

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

<http://portalipop.ipoportor.min-saude.pt/portal/page/portal/PORTALINTERNO/>.

<http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16316>.

Transferência Inter Hospitalar do Doente Crítico

Sandra Novo⁽¹⁾, Sandra Rodrigues⁽¹⁾

⁽¹⁾ ULSNE; smfnovo@sapo.pt

RESUMO

A transferência de doentes assume uma grande relevância na prestação de cuidados de saúde e está sujeita à inspecção e disciplina do Ministério da Saúde. A actividade de transporte de doentes deve processar-se segundo modelos técnicos e organizacionais que se coadunem eficazmente com os restantes serviços de saúde.

A necessidade de transferir doentes em estado crítico para hospitais centrais ou outras instituições de saúde com mais recursos técnicos e humanos, é uma realidade cada vez mais frequente.

É considerado doente crítico aquele que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica. Para ter acesso a esses meios a sua transferência é muitas vezes necessária e imperiosa, não obstante os riscos que envolve, no sentido de garantir um nível assistencial superior.

De uma forma sistematizada a necessidade de transferir um doente é justificada por falta de valência médico - cirúrgica, pela necessidade de recursos técnicos indispensáveis à continuidade de cuidados, para definição diagnóstica e terapêutica e ou ainda pela gravidade clínica do doente.

A transferência de doentes críticos envolve determinadas fases que permitem assegurar a responsabilidade e segurança necessárias para a realização do transporte. Essas fases estão definidas, e são: Decisão, Planeamento e Efectivação.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Doente crítico; Critérios de acompanhamento

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

MATOS, António, *et al*; Guia para o Transporte de Doentes Críticos; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos; 1997.

Normas e procedimentos para o transporte secundário de doentes críticos; Administração Regional de Saúde do Norte- Ministério da Saúde; 2001.

Plano Orientador de Transporte Inter-Hospitalar de Doentes Críticos-Serviço de Urgência; in Boletim Informativo nº 18- Julho de 2004.

A Pessoa em Situação Crítica: Casuística da Via Verde Trauma na Unidade Local de Saúde do Nordeste

Sandra Novo⁽¹⁾, Céu Silva⁽¹⁾, Andreia Graça⁽¹⁾, Pedro Fernandes⁽¹⁾, Cristina Fernandes⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde do Nordeste; smfnovo@sapo.pt

RESUMO

Trauma traduz uma lesão mais ou menos extensa, produzida por ação violenta, de natureza física ou química, externa ao organismo. A Via verde trauma tem como principal objetivo conseguir uma maior rapidez na triagem, na avaliação e orientação dos utentes vítimas de trauma, permitindo o diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica otimizada, em tempo útil. Este trabalho tem como objetivos: apresentar alguns conceitos importantes na Via Verde de Trauma(VVT); relembrar critérios de ativação da VVT e apresentar a casuística do trauma da ULSNE- Bragança desde 1 de fevereiro de 2013 a 30 de novembro de 2014. Dos resultados destacam-se: Dos 151 doentes da amostra, 117 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino. A faixa etária com > nº de doentes foi dos 30-39 anos, seguida dos 40-49 anos e dos 60-69 anos. O Traumatismo fechado foi o que teve > percentagem (58,3%). O motivo de ativação mais frequente foi o mecanismo de lesão (108 doentes), seguido do juízo clínico (18 doentes) e da Anatomia de lesão(15 doentes). O mecanismo de lesão mais frequente, foi o capotamento, projeção ou ejeção, seguido da queda de altura > 3 m. O trauma penetrante foi o que obteve maior frequência, seguida de # de 2 ou mais ossos longos. Relativamente ao Score, verificou-se que apenas 8 doentes (5%) apresentaram RTS<11. Dos 151 doentes admitidos, 12 (8%) faleceram.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Via Verde Trauma; Casuística.

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Circular Normativa da Direção Geral de Saúde Nº: 07/DQS/DQCO. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado.

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

Cuidados Paliativos em Contexto de Urgência

Vera Almeida⁽¹⁾, Madalena Cunha⁽²⁾, Anabela Antunes⁽³⁾, Fernando Pina⁽³⁾

⁽¹⁾ Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESSV e Cirurgia 1 do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ⁽²⁾ Escola Superior de Saúde de Viseu; ⁽³⁾ Enfermeira Especialista, Urgência Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; verabalmeida@gmail.com ;

RESUMO

Cuidados Paliativos são “os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados (...) a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”. (Barbosa & Neto, 2010) Os objetivos deste trabalho são: promover a reflexão crítica acerca da prestação de Cuidados Paliativos nos serviços de Urgência, conceber um Fluxograma de Decisão no Atendimento ao Doente Paliativo no serviço de Urgência e contribuir para o desenvolvimento de um Guião de Boas Práticas no Atendimento à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, com a finalidade de apresentar uma sugestão de implementação para a prática clínica no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, a fim de se alcançar a excelência na qualidade dos cuidados. A metodologia utilizada foi a Revisão Narrativa da Literatura, com pesquisa em Bases de Dados Científicas e seleção de artigos, no domínio dos Cuidados Paliativos. O desenvolvimento/resultado deste trabalho é o referido fluxograma de decisão. É urgente incrementar a qualidade dos cuidados prestados! É urgente fazer cumprir a Lei! É urgente criar orientações para a uniformização no atendimento aos doentes! É urgente cuidar dos doentes paliativos com a dignidade e o respeito que eles merecem e que é exigido! É urgente agir! Por tudo isto, foi sugerido um Fluxograma de Decisão, que pretende traduzir um Guião de Boas Práticas para o Atendimento da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Cuidados Paliativos significa dar significado à vida e isso exige cuidados de excelência!

Palavras-chave (4 palavras max.) – Cuidados Paliativos, Urgência, Boas Práticas.

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP. Acedido em <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaesorganizaodeservios-apcp.pdf>

Barbosa, A. & Neto, I. (2010). Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Quebras Cutâneas

Vera Carvalhinha⁽¹⁾, Madalena Cunha⁽²⁾, Maria José Francisco⁽¹⁾, Anabela Antunes⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ⁽²⁾ Escola Superior de Saúde de Viseu;

RESUMO

Introdução: Quebras cutâneas são lesões frequentes em todos os serviços, apontando os estudos para prevalências entre 14% e 24% e uma incidência de uma a três quebra/s cutânea/s por idoso por ano. Uma realidade com a qual os enfermeiros se deparam diariamente, daí a necessidade de compreender o que são, como preveni-las, classificá-las e tratá-las. São feridas traumáticas que ocorrem principalmente nas extremidades. A sua localização mais frequente é nos membros superiores para os idosos acamados e nos membros inferiores para os que deambulam. Resultantes de fricção ou combinação de fricção e cisalhamento, levam à separação de epiderme da derme (ferida de espessura parcial) ou separando totalmente a epiderme e a derme das estruturas subjacentes (ferida de espessura total). **Objetivo:** Divulgar o "Star Skin Tear Classification System". **Métodos:** Pesquisa Bibliográfica e Revisão Narrativa da Literatura Científica. **Desenvolvimento:** As alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento são um dos principais fatores de risco para a existência de Quebras Cutâneas e a necessidade de implementar um Sistema de Classificação prende-se com o fato, de mais facilmente se poder implementar medidas preventivas assim como adequadas técnicas de tratamento. Já nos anos 90 Payne e Martin iniciaram um processo de classificação, vindo a ser reformulado por Carville e seus colaboradores que redesenharam o instrumento à luz da prática baseada na evidência. **Conclusão:** Aplicar um Sistema de Classificação das Quebras Cutâneas é fundamental para a manutenção e o realinhamento do retalho e para a uniformização dos cuidados, minimizando o impacto traumático que estas lesões causam nos idosos. Esta é uma das formas de tratamento proposta, efetuando-se o restante tratamento tendo em consideração as características e quantidade de exsudato, a presença ou não de infeção, os tecidos existentes, as margens da ferida e o apósito escolhido deve ser removido sem trauma, de forma a não agravar a quebra cutânea.

Palavras-chave (4 palavras max.) – Quebras Cutâneas, Classificação, Idosos

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

Pulido, K. (2010). Adaptação cultural e validação do instrumento "Star Skin Tear classification system", para a língua portuguesa no Brasil. Dissertação de Mestrado, Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

Skin Tear Audit Research. Star: skin tear tool. Silver Chain Nursing Association and school of Nursing and Midwifery, Curtin University of technology, 2010, Curtin, Australia. Disponível em <http://www.silverchain.org.au/Documents/Research/Articles/STAR%20SKIN%20TEAR%20TOOL.pdf>.

Pessoa em Situação Crítica: Importância da Via Verde Trauma

Sandra Novo⁽¹⁾, & Sandra Rodrigues⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde do Nordeste; smfnovo@sapo.pt

RESUMO

Via verde significa uma estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento adequados dos doentes graves, um tratamento expedito, planeado, nas fases pré, intra e inter-hospitalar. O trauma físico é uma lesão ou ferida mais ou menos extensa, produzida por ação violenta, de natureza física ou química, externa ao organismo (Direção Geral da Saúde, 2010).

A Via verde trauma tem como principal objetivo conseguir uma maior rapidez na triagem, na avaliação e orientação dos utentes vítimas de trauma, permitindo o diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica otimizada, em tempo útil.

A avaliação e a ressuscitação do doente com trauma grave requer um atendimento em equipa multidisciplinar, em que cada elemento da equipa deve saber o seu plano de atuação em perfeita sintonia e integração com a metodologia de atendimento efetuado pela Equipa de Trauma.

Nos últimos anos, os conhecimentos entretanto adquiridos na área da fisiopatologia, da bioquímica, do equilíbrio eletrolítico e ácido básico, no controle da dor e da infeção, associados ao desenvolvimento das terapêuticas de manutenção das funções vitais e ainda à organização dos cuidados pré-hospitalares e hospitalares têm vindo a diminuir de modo significativo quer a mortalidade quer a morbilidade associada ao Trauma.

Palavras-chave (4 palavras max.) - Via Verde; Trauma; Traumatismo; Politraumatizado.

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

- Circular Normativa da Direção Geral de Saúde Nº: 07/DQS/DQCO. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado.
- Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Lisboa.Massada, S.R., (2002). Avaliação e Ressuscitação do doente com Trauma Grave.

Pessoa em Situação Crítica: Intervenção Psicoterapêutica e Relação de Ajuda

Sandra Novo⁽¹⁾, Ana Galvão⁽²⁾, Sandra Rodrigues⁽¹⁾, Pedro Rodrigues⁽¹⁾

⁽¹⁾ ULSNE, BRAGANÇA; ⁽²⁾ IPB, ESSa; smfnov@sapo.pt

RESUMO

Os enfermeiros desenvolvem as suas intervenções terapêuticas num ambiente de stress, ansiedade, desconforto e insegurança, sendo-lhes exigida uma postura de suporte, ajuda incondicional, resolução atempada de situações críticas e graves. Para tal a relação de ajuda é fundamental. O presente artigo consiste numa revisão bibliográfica, centrada na temática da relação de ajuda no serviço de urgência, portanto no cuidado à pessoa em situação crítica. Tem como objetivo principal identificar como se desenvolve a relação de ajuda nas intervenções psicoterapêuticas de enfermagem no serviço de urgência. Utilizamos a metodologia PICO e foram selecionados 10 trabalhos de uma amostra de 25 artigos científicos, dissertações e teses de investigação, divulgados no período de 2009 a 2012. Os resultados evidenciam que os enfermeiros nos serviços de urgência, procuram dar apoio, ajudar, comunicar, compreender o doente, bem como os seus familiares, tentando não só proporcionar conforto através do controlo de sintomas. Os artigos consultados evidenciam a importância atribuída à relação de ajuda, existindo contudo algumas dificuldades no estabelecimento da mesma no serviço de urgência. Constatamos que as dificuldades se prendem com o modelo organizacional e arquitetónico dos serviços de urgência, não favorecendo a comunicação nem a relação de ajuda.

Palavras-chave (4 palavras max.) - Relação de Ajuda; Intervenção Psicoterapêutica

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

- Figueiredo, I. G. A. & Ferrari, D. (2010). Desafios da enfermagem na assistência humanizada na unidade de terapia intensiva. Universidade Federal de Paiuí.
- Gallo, A. M. & Mello, H. C. (2009). Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. Revista F@pciência. 5 (1), 1- 11.
- Maciak, I., Sandri, J. V. & Spier, F. D. (2009). Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. Cogitare Enfermagem. 14 (1), 127-135.

Prevalência de Dor Fantasma, Sensação Fantasma e Dor no Membro Residual Após Amputação: Revisão Sistemática

Pedro Pretor⁽¹⁾, Matide Martins⁽¹⁾, Ilda Barreira⁽²⁾

⁽¹⁾ Escola Superior de Saúde de Bragança; ⁽²⁾ Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE; Ildamaria 25@portugalmail.pt

RESUMO

Introdução: A dor no membro fantasma (DF), sensação fantasma (SF) e dor do membro residual (DMR) são situações comuns em amputados dos membros inferiores e superiores, podendo interferir com o tratamento, a reabilitação e a qualidade de vida.

Métodos: Revisão sistemática da literatura a partir de artigos científicos indexados à base de dados PubMed nos últimos dez anos. O principal objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de DF, SF e DMR e determinar os fatores de risco associados.

Resultados: A prevalência de DF foi de 17,0%-82,9%. A prevalência de SF foi de 53,8%-90,7% e a prevalência de DMR variou entre 31,0%-93,0%. As variáveis que mais influenciara as taxas de DF foram a intensidade da dor no período pré-amputação e a presença de sintomatologia depressiva após a retirada do membro.

Conclusão: Se bem que com grande variabilidade de resultados entre os estudos, esta revisão sistemática aponta para altas prevalências de DF, SF e DMR. Sugere-se o tratamento precoce da dor no pré e pós-operatório e o uso de tratamento farmacológico e não farmacológico para a DF e a DMF.

Palavras-chave (4 palavras max.) - amputação; membro fantasma; prevalência; revisão

Referências Bibliográficas (duas referências de suporte)

- Burgoynes, L. L., Billups, C. A., Jirón, J. L., Kaddoum, R. N., Wright, B. B., Bikhazi, G. B., . . . Pereiras, L. A. (2012). Phantom limb pain in young cancer-related amputees: recent experience at St Jude children's research hospital. *Clin J Pain, 28*(3), 222-225. doi: 10.1097/AJP.0b013e318227ce7a
- Byrne, K. P. (2011). Survey of phantom limb pain, phantom sensation and stump pain in Cambodian and New Zealand amputees. *Pain Med, 12*(5), 794-798. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01105.x