



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

O Regresso a Casa do Doente Submetido a Cirurgia: Prevenindo a Infeção

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Marta Filipa Fanado Soares

Lisboa, Setembro de 2015



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

O Regresso a Casa do Doente Submetido a Cirurgia: Prevenindo a Infeção

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Marta Filipa Fanado Soares

Sob orientação da Professora Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa, Setembro de 2015

RESUMO

No âmbito da unidade curricular Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2013/2014 da Universidade Católica Portuguesa, foi desenvolvido um documento onde são descritas as atividades desenvolvidas e aquisição de competências. Esta unidade curricular é composta por três módulos de estágio: o de Cuidados Intensivos/Intermédios - Módulo II, creditado ao abrigo do Decreto - Lei nº 74/2006, o de Serviço de Urgência Geral (SUG) - Módulo I e o módulo de estágio de opção, que decorreu no Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) - Módulo III.

Como fio condutor da aquisição de competências, foi feita uma revisão integrativa da literatura com o tema "As necessidades de educação do doente submetido a cirurgia abdominal na preparação do regresso a casa". Tendo em conta o meu percurso profissional na área cirúrgica, foram mobilizadas competências de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Em cada módulo de estágio foi construído um instrumento de ensino, em seguimento da fundamentação teórica, baseando a prática na evidência científica.

Relativamente ao Módulo II, cuidados intensivos/intermédios, foi atribuída creditação do mesmo, uma vez que, durante seis anos, foram adquiridas competências na prestação de cuidados ao doente crítico. Evidencia-se o trabalho desenvolvido no âmbito da formação a profissionais do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) na área de prevenção de úlceras por pressão, no contributo na elaboração de protocolos e, ainda no desenvolvimento de um estudo de investigação acerca do uso de equipamento de proteção individual, na prestação de cuidados ao doente submetido a transplante renal.

No estágio referente ao Módulo III, estágio opcional, seleccionei o estágio no GCL-PPCIRA. Foi construído um instrumento de auditoria às práticas no Bloco Operatório, focalizando a intervenção na prevenção da infeção da ferida cirúrgica. Concomitante às auditorias, foi realizado um instrumento de ensino para entregar aos doentes e cuidadores, acerca dos cuidados a ter no domicílio com a ferida cirúrgica, no doente submetido a cirurgia abdominal. No estágio do Módulo I, que decorreu no SUG, foram formulados instrumentos de ensino para o doente com ferida cirúrgica, com drenos e com penso de vácuo. Foi também feita a análise das diretrizes divulgadas pela Direção Geral de Saúde e *guidelines* internacionais na abordagem ao vírus ébola e, através da colaboração com GCL-PPCIRA, foi dado um contributo na reformulação e análise dos procedimentos instituídos. Foi também feita uma participação num simulacro em tempo real em caso de catástrofe. No âmbito da abordagem ao doente crítico, para além da prestação de cuidados no serviço de urgência, foram realizados alguns turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Palavras-chave: Enfermeiro especialista, ferida cirúrgica, regresso a casa, necessidades, ébola, infeção.

ABSTRACT

As a part of the internship within the Master in Nursing in specialization area of Medical-Surgical Nursing 2013/2014 at the Portuguese Catholic University, was developed a document where the activities developed and acquired skills are described.. This course consists of 3 internship modules: The Intensive Care Unit, credited under the Act – Law 74/2006, the Accident & Emergency department and, as an optional internship, the local Group of prevention and infection control and antimicrobial resistance.

As a guidance for the skills acquisition, an integrative review of the literature on the theme “The patient’s education needs undergone abdominal surgery when returning home” was made. Considering my career in the surgical area, I searched for acquired skills over the years to enhance the level of care. At each internship module was built a tool for teaching, following a theoretical validation and evidence based practice.

For the Module II (Intensive/Intermediate Care), it was given this placement based on the 6 years of acquired competences when providing care to critically ill patients. It is of notice all the work developed at Western Lisbon Hospital (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – CHLO) for those six years like training other professionals, prevention of pressure ulcers, contribution to the development of protocols for pressure ulcers treatment at CHLO and in the development of a research study about personal protective equipment used when caring patients undergoing kidney transplantation.

As an optional internship Module III, the chosen placement was the local group of prevention and infection control and antimicrobial resistance. For this internship an audit tool was built for the Operating Room, focusing on intervention in the prevention of infection of the surgical wound, and it’s implementation. At the same time, a teaching instrument was performed to give to patients who underwent to abdominal surgery and caregivers about the care with the surgical wound when at home. In order to validate the understanding of the teaching adopted during hospitalization by nurses, a second validation tool for teaching was built, which will be given to patient/caregiver when discharge.

For the internship Module I, held at Accident & Emergency department, teaching tools were created for the patients with surgical wounds, drains and vacuum dressings. It was also made the analysis of guidelines published by the National Health Department and international guidelines for Ebola Virus, and through collaboration with local group of prevention and infection control and antimicrobial resistance was given a contribution in reshaping and analysis of established procedures. A participation in a simulation in real-time disaster which took place at was also made. Under the approach to critically ill patients, apart from the time spent at Accident & Emergency department, some shifts were performed at the Emergency Medical Car of Resuscitation (VMER).

Key-Words: Specialist Nurse, surgical wound, discharge, needs, Ebola Virus, infection.

Devemos tomar conta dos “nossos” doentes.

Sim, porque eles são um pouco nossos.

*“Dar conta” e “tomar conta” é o cuidado profissional
integrado em cada situação individual,
em cada “eu” e em cada “nosso”*

Marta Soares

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à enfermeira Ana Soraia Bispo e ao Enfermeiro Luís Cunha por terem contribuído de uma forma tão dedicada ao meu processo de aprendizagem, no decurso dos estágios.

À Professora Maria Manuela Madureira, pela sua orientação pedagógica.

A todos os colegas que, de alguma forma, se cruzaram comigo, obrigada pela compreensão e colaboração neste percurso.

Aos meus amigos...obrigado pelo apoio.

Às pessoas que fizeram de mim quem sou...aos meus pais e à minha irmã, por estarem sempre comigo.

A ti... Júlio, o meu parceiro incondicional, obrigada.

ACRÓNIMOS

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de infeção e Resistência aos Antimicrobianos

HELICS – Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance

IACS – Infeção Associada a Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SUG – Serviço de Urgência Geral

UPP- Úlcera Por Pressão

ABREVIATURAS

et al – entre outros

SIGLAS

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CDC – Centers for Disease Control and prevention

DGS – Direção Geral de Saúde

HSC - Hospital Santa Cruz

ITU- Infeção do trato urinário

JCI – Joint Commission International

MRSA - Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV- Pneumonia Associada ao Ventilador

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VE – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO	P.
0- INTRODUÇÃO	9
1- AS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA ABDOMINAL NA PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: revisão integrativa da literatura	13
2- MÓDULOS DE ESTÁGIO	27
2.1 - MÓDULO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	28
2.1.1 - <u>PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</u>	29
2.1.2 - <u>FORMAÇÃO/GESTÃO/INVESTIGAÇÃO</u>	31
2.2 - MÓDULO III: GRUPO COORDENADOR LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS....	33
2.3 - MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	45
3- CONCLUSÃO	57
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

APÊNDICES

APÊNDICE I - Grelha de auditoria ao Bloco operatório no âmbito da prevenção da infeção da ferida cirúrgica.....	69
APÊNDICE II - Instrumento de ensino ao doente/cuidador acerca dos cuidados pós alta com a ferida cirúrgica.....	72
APÊNDICE III – Check-list de orientação dos ensinamentos realizados ao doente cirúrgico durante o internamento.....	74
APÊNDICE IV - Instrumento de ensino ao doente/cuidador acerca dos cuidados após alta com dreno.....	76
APÊNDICE V - Instrumento de ensino ao doente/cuidador acerca dos cuidados pós alta com penso de vácuo.....	78

0- INTRODUÇÃO

O documento que se apresenta, relatório de estágio, reporta-se às atividades desenvolvidas nos estágios que integram o Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2013/2014, da Universidade Católica Portuguesa.

De acordo com o Código Deontológico de Enfermagem, Lei n.º 111/2009, Artigo 78º alínea E), o enfermeiro deve procurar obter competências e promover o seu aperfeiçoamento profissional, visando a atualização do conhecimento, em busca da excelência (Lei n.º 111/2009, Artigo 88º). Estes foram princípios que motivaram o ingresso no curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa. Esta área de especialização confere ao enfermeiro a “apropriação de um domínio específico da enfermagem reforçando (...) a adequação da resposta face à especificidade das necessidades de cuidados em enfermagem “ (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.6).

A unidade curricular Estágio proposta no plano de estudos deste curso é composta por três módulos com 180 horas presenciais: Módulo I (Serviço de Urgência), Módulo II (Unidade de cuidados Intensivos/Intermédios), Módulo III (Opcional). Foi atribuída creditação ao estágio de Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios (Módulo II), ao abrigo do DECRETO- LEI nº 74/2006, artigo 45º pelo conselho científico da Universidade Católica Portuguesa.

Assim, em consonância com o descrito, optei pela seguinte seleção:

- Módulo III – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) – de 4 de Julho até 20 de Setembro 2014 (com interrupção no mês de Agosto).
- Módulo I – Serviço de Urgência Geral (SUG) – de 2 de Novembro até 20 de Dezembro de 2014.

Os estágios supracitados foram desenvolvidos na mesma instituição, pois este hospital apresenta como filosofia de prestação de cuidados, a promoção da individualidade e satisfação das necessidades da população, tendo por base a qualidade e a excelência. A escolha desta instituição, deveu-se ao facto de se tratar de um hospital com infra-estruturas recentes, apresentar diferentes valências no âmbito médico-cirúrgico, pela filosofia de cuidados, com a qual me identifico, e por ser a instituição onde desempenho funções. Por outro lado, é reconhecido o plano de formação hospitalar, o que se constitui um fator importante para complementar o meu plano de formação e, por outro lado, sendo possível conhecer melhor cada local de estágio, constitui uma oportunidade de integrar esse conhecimento na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e dar continuidade aos projetos iniciados durante os estágios. Outro dos fatores que motivou a escolha desta instituição foi a Acreditação pela Joint Commission Internacional (JCI), instituição criada em 1994, com finalidade melhorar a

segurança dos doentes em todo o mundo, tendo por isso contribuído para o reconhecimento do hospital na sua excelência de cuidados prestados, pela qualidade na assistência e pelo modelo de gestão desenvolvido.

Reportando-me agora aos locais de estágio, a escolha do GCL-PPCIRA no módulo de estágio opcional, esteve relacionada com as funções que desempenho a nível hospitalar como membro dinamizador no serviço. Trata-se de uma área transversal a qualquer unidade hospitalar, constituindo uma área de atuação fundamental em enfermagem, na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Este é um hospital de referência que dá resposta, no âmbito médico-cirúrgico, às mais diversas situações, considerei por este motivo que o SUG da referida instituição proporcionaria um vasto leque de oportunidades de aprendizagem e que me proporcionaria um entendimento global e dinâmico da instituição, possibilitando a aquisição de competências dirigida aos propósitos e filosofia vigentes.

Este documento foi redigido de forma a descrever as atividades desenvolvidas e reflexão acerca das competências adquiridas, onde o *fio condutor* transversal aos três módulos foi a prevenção da infeção associada a cuidados de saúde (IACS), especificamente a intervenção de enfermagem na prevenção de complicações da ferida cirúrgica.

O guia orientador deste relatório foi um diagnóstico situacional e reflexão acerca das práticas nos diferentes contextos de estágio, resultando num Projeto de Estágio, que orientou o desenvolvimento das atividades ao longo de todo o percurso. A metodologia de elaboração deste relatório foi a análise crítica do percurso e reflexão acerca das competências desenvolvidas na prática. A pesquisa para a fundamentação científica do processo de tomada de decisão pretende que, enquanto enfermeira especialista, apresente *“competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade”* (REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS,1996).

O objetivo geral deste relatório é dar a conhecer o percurso desenvolvido ao longo do Estágio, ao nível da prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica. Especificamente, analisar os objetivos delineados, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas para obter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à luz do referenciado e preconizado pelo Guia de Estágio 2014 do curso de Mestrado, pela Universidade Católica.

Este relatório tem como objetivos:

- Descrever as atividades desenvolvidas em cada módulo de estágio, de forma a dar resposta aos objetivos previamente definidos;

- Refletir sobre situações problemáticas em contexto da prática clínica e o processo de tomada de decisão;
- Identificar as competências desenvolvidas no decorrer do estágio.

O relatório encontra-se estruturado por capítulos. Na introdução, realizo o enquadramento do curso e dos estágios. Neste capítulo faço também uma explanação dos módulos realizados e justificação pelo local onde irão decorrer, enumero os objetivos do relatório assim como a estrutura selecionada para o documento.

O desenvolvimento tem início com um primeiro capítulo, onde consta o enquadramento teórico direcionado à revisão integrativa da literatura com o tema “As necessidades de educação do doente submetido a cirurgia abdominal na preparação do regresso a casa”. De modo a elucidar o meu percurso, o relatório foi construído tendo em conta a minha experiência profissional prévia, razão pela qual o segundo capítulo é iniciado com a descrição e análise do ganho de competências, no Módulo II, Unidade de Cuidados Intermédios/intensivos na prestação de cuidados especializados à pessoa/família em situação crítica. De seguida, percorro a sequência cronológica dos módulos cumpridos: Módulo III e Módulo I. No Módulo III, na GCL-PPCIRA, estágio opcional, foi realizado um instrumento de auditoria no bloco visando a prevenção da infeção da ferida cirúrgica e a construção de um instrumento de ensino ao doente/ cuidador acerca dos cuidados pós alta com a ferida cirúrgica, que foi complementado com o estágio no serviço de urgência. Nesse estágio, correspondente ao Módulo I, foram construídos mais dois instrumentos acerca da preparação do regresso a casa do doente com dreno e do doente com penso de vácuo, encontrando-se alinhado com o trabalho desempenhado no GCL-PPCIRA e revisão integrativa da literatura. Neste último estágio, foi ainda feita uma análise e reformulação de procedimentos na instituição na abordagem ao vírus ébola, no qual participo como estudante mas também como profissional, em sequência do estágio na GCL-PPCIRA.

Para demonstrar o nível de competências adquiridas, serão realizadas as conclusões, no terceiro capítulo, acerca do percurso de aprendizagem, pontos fundamentais no desenvolvimento de competências e os principais contributos deixados nos locais de estágio. Por fim, no quarto capítulo, surgem as referências bibliográficas, onde se pode encontrar a fundamentação teórica descrita no relatório.

O internamento ou o regresso a casa, foram alguns dos fatores que diversos autores consideraram como geradores da incerteza para o doente e família e que serão abordados ao longo do relatório (BOUGHTON e HALLIDAY, 2009; PEREIRA, 2013; CARDOSO, 2011; PLANK e CAVADA, 2012).

A *incerteza* é um conceito mencionado em diversos temas na área da saúde, Twycross (2003) associa o conceito de *incerteza* ao doente paliativo e ao tempo de vida. Fragata (2011) aborda o conceito de incerteza no âmbito da tomada de decisão em contexto de prestação de cuidados. Segundo este autor, médicos, enfermeiros e doentes constituem um universo onde a interação dos mesmos produz resultados clínicos incertos. Refere que a forma de gerir a incerteza passa pelo aumento de conhecimento sobre a matéria de decisão. Muitas vezes a falta de informação, dificulta a tomada de decisão, então o agir decorre da intuição (Ibidem, 2011). Ainda nesta linha de pensamento, Deodato (2010) aborda a incerteza face ao agir de natureza ética.

Na teoria de Merle Mishel, a incerteza foi definida como a incapacidade de determinar o significado da doença, relatada como uma experiência comum por pessoas que atravessaram processos de doença (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). A *incerteza* como conceito central na teoria desta autora, é definida como um estado cognitivo que resulta da representação de uma determinada situação ou evento para o qual a pessoa não consegue encontrar resposta. Tal como refere Mishel, a *incerteza* é abordada como fator desencadeante de stress, para o qual o doente tem que desenvolver estratégias de *coping*, para se poder adaptar à sua nova situação, assimilando através da incerteza e da atribuição de um *novo significado*, uma nova visão e apreciação acerca da doença e da vida (ELPHEE, 2008).

Ao longo da minha experiência profissional, Merle Mishel foi uma teórica que teve impacto na forma como perspetivo os cuidados de enfermagem, daí a escolha da mesma enquanto base de intervenção. Pelo facto de focalizar a minha prática nesta teoria, irei ao longo do relatório salientá-la em itálico como "*Incerteza*", destacando a sua referência na fundamentação teórica que realizei para o Mestrado.

O relatório será redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e será designado de "doente", a pessoa, definida pela Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8) como "um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se".

1- REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

AS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA ABDOMINAL NA PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: revisão integrativa da literatura

Marta Soares

Resumo: O estudo apresentado reporta-se a uma revisão integrativa da literatura, como metodologia de investigação. Teve como objetivo demonstrar o conhecimento científico atual acerca das necessidades do doente submetido a cirurgia abdominal na preparação do regresso a casa. A pesquisa foi realizada no âmbito nacional e internacional, através da EBSCO, com resultados nas bases de dados CINAHL PLUS, MEDLINE E ACADEMIC SEARCH. Foram encontrados 67 estudos, que através dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram em 7 estudos analisados. Foram identificadas 29 necessidades, organizadas em categorias: Prevenção de complicações no pós-operatório, Necessidades na preparação do regresso a casa, Articulação com hospital/comunidade após a alta e necessidades culturais/sociais/espirituais. As principais conclusões desta pesquisa demonstram que as necessidades identificadas são mais físicas do que as sociais, culturais e espirituais e que é imperativo a existência de programas estruturados de planeamento de alta que possam ser individualizados às necessidades do doente submetido a cirurgia abdominal.

Palavras-chave: regresso a casa, cirurgia abdominal, necessidades, educação, enfermagem

Abstract: The presented study reports to an integrative literature review, like methodology research. It aims to demonstrate the current scientific knowledge about the patient's needs undergone abdominal surgery when preparing for discharge. The research was conducted based on national and international levels, through EBSCO, with results in the databases CINAHL PLUS, MEDLINE and ACADEMIC SEARCH. It was identified 67 studies that through the inclusion and exclusion criteria resulted in 7 studies analysed. It was identified 29 needs organized into categories: Prevention of complications in the post-surgical, Discharge needs, Relationship with hospital/community after discharge, Cultural/Social/Spiritual Needs. The main findings of this research show that the identified needs are more physical than Cultural, Social or Spiritual and that is paramount the existence of planned and structured discharge programs that can be individualized according to the needs of the patient undergone abdominal surgery.

Key-words: discharge, abdominal surgery, needs, education, nursing

0- INTRODUÇÃO

As necessidades do doente cirúrgico, especificamente, do doente submetido a cirurgia abdominal, é uma área de intervenção complexa que necessita ser explorada (POMPEO *et al*, 2007). A abordagem destes doentes quando se prepara o regresso a casa, delimita uma área de intervenção de enfermagem que se reveste de autonomia e complexidade, pelo seu carácter único e direcional à pessoa alvo dos cuidados.

Diversos conceitos emergiram ao longo do tempo como “alta hospitalar” ou “alta clínica”, que deram lugar ao “regresso a casa”, que mais do que a formalização da ação, envolve a intervenção sobre as necessidades sentidas pela pessoa alvo dos cuidados e da avaliação do impacto no “outcoming” do doente (HENDERSON, 2001).

Pompeo *et al* (2007) referem que o começo da preparação do regresso a casa deve ter início no momento em que o doente é admitido na instituição. Os elevados custos dos internamentos nas instituições de saúde, tem conduzido a uma alta precoce (POMPEO *et al*, 2007). Para assegurar a continuidade e segurança do doente no domicílio, evitando complicações e reinternamentos, é necessário uma sistematização do planeamento do regresso a casa.

De acordo com diversos estudos (SHEPPERD *et al*, 2004 citando Nutbeam, 2000; HIXON 2004; ROOTMAN e RONSON, 2005), tem-se vindo a demonstrar que a orientação para o regresso a casa, deve ter início o mais precocemente possível. Segundo os autores supracitados, no momento da alta são dadas muitas orientações simultaneamente, pelo facto de, muitas vezes, não serem realizadas por escrito, dificulta ainda mais a sua compreensão pelo doente. Por outro lado, frequentemente as orientações são dadas de uma forma mecânica e apressada, sem ter em conta as necessidades de cada doente (POMPEO *et al*, 2007). Assim, é importante compreender este fenómeno, de forma a melhorar as intervenções de enfermagem e programas a nível hospitalar, que correspondam às necessidades sentidas pelo doente. Pretende-se que o doente cirúrgico esteja informado, capacitando-o na tomada de decisão, traduzindo-se num ganho em saúde, aumentando a capacidade de decisão e adaptação a um novo percurso de vida.

A metodologia inadequada na preparação de regresso a casa, em diversos estudos tem levado a conclusões inespecíficas pois muitas vezes são comparados grupos de doentes com necessidades diferentes (UZUN *et al*, 2011). O regresso a casa do doente submetido a cirurgia abdominal é um tema ainda pouco explorado do ponto de vista do doente, ou seja, das necessidades sentidas (UZUN *et al*, 2011; PEREIRA, 2013).

O planeamento da alta, de acordo com Rorden and Taft (1990) citado por Boughton e Halliday (2009), consiste num processo constituído por várias etapas que visam antecipar as

necessidades do doente e garantir a continuidade dos cuidados. Henderson (2004) citando Fox (1998) refere que nem sempre as necessidades identificadas pelos enfermeiros correspondem às necessidades reais dos doentes. Por outro lado, com o avanço da medicina, surgem mudanças no sistema de saúde muitas vezes associada a restrições financeiras, que se traduzem em altas precoces do hospital (BOUGHTON e HALLIDAY, 2009). O impacto causado no doente pode traduzir-se na dificuldade de adaptação e aumento do nível de ansiedade em ir para casa pois muitos doentes referem que não se sentem preparados e muitos dizem sentir falta de acompanhamento após a alta do hospital. É referido em alguns estudos consultados ansiedade, que sem suporte adequado, gera *incerteza* (UZUN *et al*, 2011; PEREIRA, 2013).

Tendo como objetivo identificar a evidência científica acerca das necessidades do doente submetido a cirurgia abdominal na preparação do regresso a casa, foi formulada uma questão que desenhava a revisão da literatura: **Qual o conhecimento atual sobre as necessidades do doente submetido a cirurgia abdominal, na preparação do regresso do hospital a casa?**

O processo da revisão integrativa foi feito à luz de Cooper (1989). Segundo este autor, a revisão integrativa inclui a análise de estudos relevantes, que sustentam a tomada de decisão e prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um tema, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Como metodologia, serão seguidas as etapas definidas, por o Cooper (1989), pela ordem aqui apresentada: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da síntese do conhecimento. As 3 últimas etapas serão apresentadas em conjunto de forma a facilitar a apresentação do fenómeno em estudo.

MÉTODOS

Para responder à questão colocada “**Qual o conhecimento atual sobre as necessidades do doente submetido a cirurgia abdominal, na preparação do regresso do hospital a casa?**”, foi realizada uma revisão integrativa da literatura e análise da mesma com a finalidade de aceder à evidência do conhecimento atual acerca deste tema.

Para a seleção dos artigos foram definidos critérios de inclusão e de exclusão (Tabela1)

Tabela 1- Critérios de inclusão e de exclusão de estudos primários.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Artigos em <i>full text</i> • Ensino a doentes em hospital • Doentes adultos • Doente submetido a cirurgia abdominal • Referência a necessidades do doente na preparação do regresso a casa quando é dada alta hospitalar • Unidades hospitalares de internamentos agudos 	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos sem <i>full text</i> • Doentes no domicílio ou internados noutras instituições • Doentes pediátricos • Doentes não cirúrgicos • Ensino a cuidadores • Ensinos exclusivos no pré operatório • Doentes não submetidos a cirurgia abdominal

RESULTADOS

Os descritores utilizados, utilizando o inglês como língua preferencial e sem limitação de data, incluíram *education, needs, surg*, discharge, patient, nurs*, home*, foram operacionalizados através da expressão booleana “AND”.

Foi feita pesquisa na base de dados através do motor de busca EBSCO, selecionando artigos com “Full text”, na base de dados CINAHL Plus with full text (29 resultados), Medline with full text (18 Resultados), Cochrane Central Register of Controlled trials (0 resultados), Cochrane database of Systematic Reviews (0 resultados), Cochrane Methodology Register Database of abstracts of reviews of effects (0 resultados), Medic Latina, Academic Search complete (29 resultados), ERIC (0 resultados).

Destes artigos foram lidos os resumos de forma a validar a pertinência dos mesmos face à questão de investigação.

A pesquisa foi realizada em Outubro de 2014.

Utilizando o método de pesquisa descrito anteriormente, foram identificados 67 estudos. O esquema seguinte pretende representar os artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

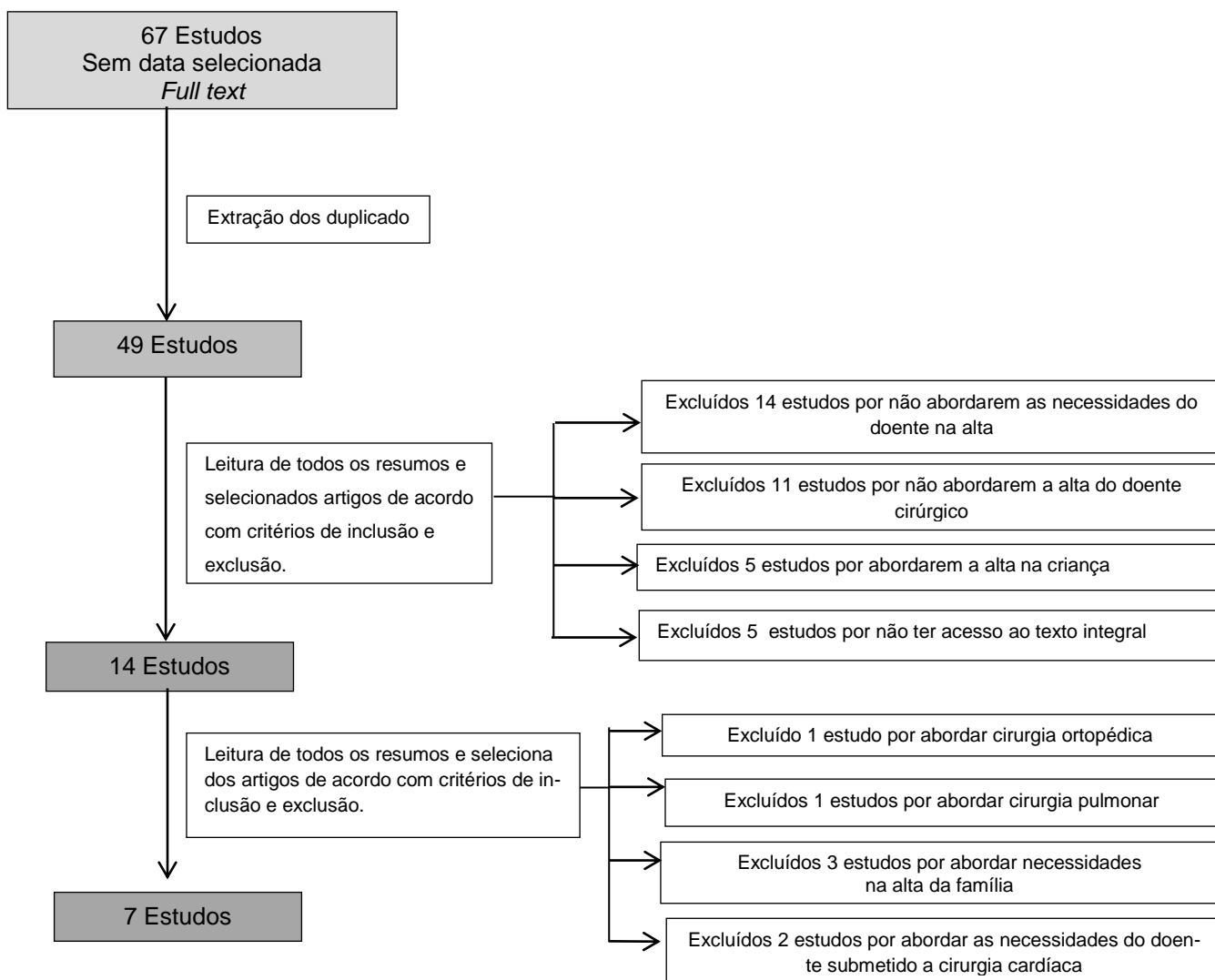


Figura 1 – Critérios para a seleção dos estudos nas bases de dados

Dos estudos identificados foi feita uma análise detalhada para identificação das necessidades dos doentes, que são apresentadas na seguinte tabela:

Tabela 2 – Identificação das necessidades dos doentes submetidos a cirurgia abdominal

Autor, Ano, Publicação, País	Amostra	Objetivo do Estudo	Metodologia	Necessidades identificadas
Bernard, Helena; Foss, Mark (2014) Journal of Nursing, England “The impact of the enhanced recovery surgery (ERAS) programme on community nursing”	Doentes submetidos a cirurgia intestinal	Compreender as dificuldades dos doentes após a alta	Estudo qualitativo, entrevista semiestruturada	Sentir-se preparado para a alta (N1) Falta de apoio da comunidade após o regresso a casa (N2) Não saber como recorrer a fontes de apoio após a alta (N3) Pouca articulação entre o hospital e a comunidade (N4) Apoio através de informação escrita, verbal e contacto direto (N5)
Williams, Bev (2007) Journal of Clinical Nursing, Canadá “Supporting self-care of patients following general abdominal surgery”	109 Doentes submetidos a cirurgia abdominal	Compreender se o doente submetido a cirurgia abdominal recebeu informação acerca da gestão da dor, cuidados pós cirúrgicos, atividade física, alimentação e possíveis complicações.	Estudo Exploratório e descritivo (Questionário no dia da alta e entrevista por telefone após a alta)	Informação acerca dos cuidados no pós-operatório (N25) Apoio através de informação escrita, verbal e contacto direto (N5) Cuidados a ter na gestão da dor (N6) Cuidados a ter com ferida /drenos (N7) Tipo de atividades permitidas (o tempo em que não pode carregar pesos/ peso permitido) (N8) Cuidados a ter com a alimentação após a alta (N9) Quais as complicações pós-operatórias (N10) Cuidados a ter com obstipação (N13) Apoio através da informação escrita (N11)
McMurray, Anne; Johnson, Patricia; Patterson, Elizabeth; Griffiths, Susan (2007) Journal of Clinical Nursing Australia “General surgical patient’s perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home”	13 Doentes	Identificar pontos de melhoria no planeamento da alta que ajude na gestão da alta hospitalar e continuidade dos cuidados	Estudo qualitativo, entrevista não-estruturada (3 semanas após a alta). Realizado em hospital público e privado.	Cuidados a ter na gestão da dor (N6) Descrição do tipo de atividade física permitida após a alta (N8) Informação escrita individualizada às suas necessidades (N11) Informação centrada na reabilitação no período pós-operatório e não apenas na cirurgia (N12) Cuidados a ter com obstipação (N13) Ser questionado acerca de como gostaria de receber os ensinamentos e onde aceder à informação (N14) Ter acesso a contactos para follow-up (N15) Ensinos acerca do Autocuidado Higiene e Vestir (N16) Ensinos acerca do Autocuidado eliminação (N13) Necessidade de informação sobre a cirurgia realizada (N23) Mais contato com a equipa médica (N17) Coerência acerca da informação transmitida pelos profissionais (N18) Ter assegurado o seu cuidado no regresso a casa quando é cuidador no domicílio de outra pessoa; apoio social (N19) Receber um telefonema de follow-up após o regresso a casa, especialmente no pós-operatório imediato (N15) Melhoria da comunicação entre hospital e comunidade (N4)

<p>Uzun, Ozge; Ucuzaal, Meral; Inan, Gonca (2011), Turquia</p> <p>“Post-Discharge learning needs of general surgery patients”</p>	<p>90 Doentes</p>	<p>Determinar se a informação fornecida pelos profissionais de saúde vai de encontro as necessidades sentidas pelos doentes de acordo com a escala “Patient learning needs scale”(PLNS)</p>	<p>Quantitativo (Questionário PLNS)</p>	<p>Receber informação acerca dos cuidados a ter após cirurgia de forma planeada (N20) Esclarecimento acerca do tipo de atividade física permitida após a alta (N8) Necessidade de educação acerca da medicação (N29) Ensino acerca das complicações pós-operatórias (N10) Necessidade de follow-up (N15) Coerência acerca da informação transmitida pelos profissionais (N18)</p>
<p>Boughton, M.; Halliday, Lesley (2009), Australia</p> <p>“Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs”</p>	<p>7 pessoas doentes 7 pessoas familiares</p>	<p>Explorar o impacto da alta nos hospitais australianos dos doentes submetidos a cirurgia em situação aguda, com alta da perspectiva dos familiares e doentes.</p>	<p>Qualitativo Entrevista semi-estruturada</p>	<p>Sentir-se preparado para a alta (N1) Informação acerca dos cuidados no pós-operatório (N25) Coerência entre a informação escrita e a informação verbal fornecida (N30) Cuidados a ter com a alimentação após a alta (N9) Ensino acerca das complicações pós-operatórias (N10) Quais os cuidados a ter com ferida /drenos (N7) Ensinos acerca do Autocuidado Higiene (N16) Coerência acerca da informação transmitida pelos profissionais (N18) Estar acompanhado em casa (N26)</p>
<p>Lithner, M.; Jonhansson, J.; Andersson, E; Jajobsson, U; Palmquist, I, Klefsgar (2011) Suécia</p> <p>“Perceived information after surgery for colorectal cancer an explorative study”</p>	<p>100 doentes</p>	<p>Explorar como os doentes percebem a informação dada após cirurgia colorretal por cancro, quais são as suas necessidades de informação e determinar os fatores que a afetam a informação percebida</p>	<p>Questionário</p>	<p>Necessidade de informação sobre a cirurgia realizada (N23) Mais contato com a equipa médica (N17) Falar com o profissional de saúde num local privado (N28) Necessidade de ter informação impressa dos ensinamentos realizados oralmente (N11) Quais os cuidados a ter com ferida /drenos (N7) Quais o tipo de atividades permitidas, o tempo em que não pode carregar pesos/ peso permitido (N8) Cuidados a ter com a alimentação após a alta (N9) Receber informação acerca dos cuidados cirúrgicos de forma planeada (N20) Informação acerca de como lidar com problemas emocionais (N22) Receber um telefonema de follow-up após o regresso a casa, especialmente no pós-operatório imediato (N15)</p>
<p>Yiu, Hellene; Chien, Wain-Tong; Quin, May (2010) <i>Journal of advanced Nursing</i>, China</p> <p>“Information needs of chinese surgical patients on discharge : a comparison of patients´and nurses´perceptions”</p>	<p>15 doentes/ enfermeiros</p>	<p>Descrever as percepções dos doentes e enfermeiros acerca das necessidades de informação na alta</p>	<p>Entrevista semi-estruturada</p>	<p>Cuidados a ter com a alimentação após a alta (N9) Cuidados a ter na gestão da dor (N6) Quais os cuidados a ter com ferida /drenos (N7) Quais as complicações pós-operatórias (N10) Preocupação com prognóstico (N24) Necessidade de follow-up (N15) Informação escrita individualizada às necessidades dos doentes (N11) Receber informação acerca dos cuidados cirúrgicos de forma planeada (N20) Partilhar necessidades emocionais e sociais (N22) Coerência acerca da informação transmitida pelos profissionais (N18) Preocupação financeira (desemprego, salários baixos, "savings", sobrecarga familiar) (N25)</p>

DISCUSSÃO

Após a leitura dos estudos na íntegra e identificação das necessidades referidas pelos doentes, procedeu-se à categorização das 29 necessidades sinalizadas. De forma a facilitar a leitura, foram identificadas 5 categorias: Informação acerca da cirurgia; Ensinos nos autocuidados; Educação/estruturação do planeamento da alta; Articulação entre hospital e comunidade; Necessidades emocionais, culturais, espirituais e sociais.

De seguida será apresentada uma tabela, de acordo com o supracitado:

Tabela 3 – Categorização das necessidades dos doentes submetidos a cirurgia abdominal

Categorias	Necessidades	Repetição nos estudos
Informação acerca da cirurgia	Informação sobre a cirurgia realizada	2
	Cuidados no pós-operatório	1
	Ensinos estruturados	2
	Complicações pós-operatório	3
	Prognóstico	1
	Contato com equipa médica	2
	Privacidade no contato com profissional de saúde	1
	Cuidados com ferida cirúrgica/drenos	4
	Coerência entre a informação verbal e escrita	2
Ensino nos autocuidados	Higiene /Vestir	2
	Alimentação	5
	Eliminação (obstipação)	2
	Gestão da dor	3
	Atividade física	4
	Gestão da medicação	1
	Reabilitação	1
Educação/estruturação do planeamento do regresso a casa	Entrega de um instrumento escrito com orientações no regresso a casa	6
	Individualização dos ensinos	2
	Sentir-se preparado para a alta	1
	Coerência da informação transmitida por diferentes profissionais	3
	Follow-up	4
Articulação entre hospital e comunidade	Apoio da comunidade no regresso a casa	2
	Informação acerca de fontes de apoio após a alta	2
Necessidades emocionais, Culturais, Espirituais, Sociais	Sustentabilidade financeira mantida após a cirurgia	1
	Gestão de alterações emocionais	2

Para compreender melhor o fenómeno em estudo, foram definidas áreas abordadas em cada categoria e atribuído um número à quantidade de vezes que essa necessidade foi identificada nos estudos selecionados. Após a análise dos dados, é possível afirmar que as necessidades mais referidas pelos doentes foram a entrega de um documento escrito, os cuidados a ter com a alimentação seguido da necessidade de follow-up , cuidados a ter com ferida cirúrgica/drenos e atividade física.

De seguida serão apresentados e analisados os resultados identificados nas categorias apresentadas:

De acordo com a análise dos resultados, verifica-se que as **necessidades de informação** denotam evidência face às restantes. Os doentes referiram a importância de receber ensinamentos acerca da preparação do regresso a casa de uma forma estruturada (LITHNER *et al*, 2011; UZUN *et al*, 2011). Outro dos aspetos referidos em vários estudos é que os doentes gostavam que lhes perguntassem como gostariam de receber a informação e consideram que a informação escrita pode ser uma agente facilitador, apesar de não substituir a informação verbal (MCMURRAY, 2007; BOUGHTON e HALLIDAY, 2009; LITHNER *et al*, 2011). Esta foi a necessidade a que foi atribuída maior relevância pelos doentes (WILLIAMS, 2007; MCMURRAY *et al*, 2007; WILLIAMS, 2007; BOUGHTON e HALLIDAY, 2009; YIU *et al* 2010; LITHNER *et al*, 2011; BERNARD e FOSS, 2014). De acordo com as referidas fontes, é imperativo que os ensinamentos sejam dados de uma forma coerente e completa, independentemente do profissional. No estudo de Uzun *et al* (2011), 50% dos inquiridos referiu não terem recebido informação suficiente e planeada, o que complementa os resultados do estudo de Boughton e Halliday (2009), em que os doentes referiram que quando era fornecida informação escrita, alguma informação não era compreensível pelos termos técnicos usados.

Muitos doentes referiram necessidade em ter mais informação acerca da cirurgia e manifestaram necessidade de serem questionados acerca da forma como gostariam de receber a informação. Falar diretamente com o cirurgião, num local privado antes e após a cirurgia e antes da alta, foram alguns dos pontos enunciados (LITHNER *et al*, 2011).

Foi identificado em alguns estudos que os doentes sentiam uma falta de **estruturação no planeamento do regresso a casa**, pois a informação era deixada ao critério do enfermeiro e estava associada com a sua experiência profissional na área (UZUN *et al*, 2011). Por outro lado, os inquiridos manifestaram a necessidade de uma metodologia de ensino e a coerência entre a informação verbal e a informação escrita foi uma das necessidades referidas pelos doentes. Segundo Boughton e Halliday (2009); Uzun *et al*, (2011); Lithner *et al*, (2011), os doentes consideraram importante que a informação transmitida corresponda à informação escrita, quando os instrumentos de ensino são entregues.

Os doentes referiram ainda necessidade de informação acerca das complicações pós-operatórias e como deveriam proceder. Foram identificadas áreas como complicações da ferida

cirúrgica, cuidados com drenos ou febre (BOUGHTON e HALLIDAY, 2009; LITHNER *et al*, 2011).

No estudo realizado por Williams (2007), chegou-se à conclusão que os doentes que tinham tido alta com ensinamentos validados acerca dos cuidados a ter com a ferida cirúrgica, com a gestão da dor, com as atividades permitidas e com a alimentação, tinham taxas de readmissão hospitalar inferiores.

No estudo supracitado, os doentes consideraram que informações específicas como sinais de infeção da ferida operatória e como proceder caso identificasse sinais e sintomas diminuía a ansiedade. Por outro lado, sugeriram que uma lista de atividades sobre o que pode e não pode fazer no domicílio, ajudava no regresso a casa. Neste estudo, 86% dos inquiridos referiram que a informação impressa acerca das complicações no pós-operatório ia de encontro às suas necessidades e os que não receberam, referiram que teria sido um instrumento útil para os ajudar a recordar da informação dada verbalmente.

Foram identificadas por YIU *et al* (2010) preocupações económicas, situações como o desemprego, salários baixos, baixas poupanças e sobrecarga familiar, as quais podem dificultar a readaptação no domicílio. Também de acordo com os autores, uma das preocupações dos doentes está associada com a gestão financeira. O suporte de financiamento do doente, ausência temporária do emprego e alteração do numerário mensal que sustenta a família, foram algumas das necessidades identificadas mas que muitos doentes apesar de as reconhecerem não as manifestam por acharem que não seriam atendidas.

O ensino de enfermagem no âmbito da promoção do **autocuidado** incluiu atividades como higiene (associada aos cuidados a ter com a ferida cirúrgica), alimentação (mais incidente na cirurgia intestinal) ou a eliminação (sendo a obstipação, fonte de preocupação). Os doentes procuram saber como podem retomar o seu padrão de vida habitual e quais os cuidados que devem ter para prevenir complicações cirúrgicas. Incidem inclusivamente na necessidade de reabilitação após a alta hospitalar. Os aspetos mais referidos, estavam associados aos cuidados na alimentação, qual o tipo de atividades que poderiam desenvolver e se poderiam carregar em pesos (WILLIAMS, 2007; MCMURRAY *et al*, 2007 WILLIAMS, 2007; BOUGHTON e HALLIDAY, 2009; YIU *et al* 2010; LITHNER *et al*, 2011).

No estudo realizado por McMurray *et al* (2007), os doentes referiram que sentiram necessidade de ter alguém que os acompanhasse até à saída do hospital e de ter assegurado o regresso a casa e, apoio social, quando são cuidadores de familiares dependentes. Muitos doentes têm, segundo Boughton e Halliday (2009), receio de voltar a casa. Sentimentos de incerteza podem acontecer devido à alta precoce e falta de apoio familiar. Estes aspetos estão também presentes no estudo de Bernard e Foss (2014), em que os doentes referem sentir falta de **apoio da comunidade**, considerando existir um vazio entre o hospital e os recursos existentes.

O follow-up por telefone tem sido uma forma de colmatar esta necessidade, tal como é referido na análise feita em alguns estudos selecionados, salientado que foi das necessidades mais identificadas pelos doentes (WILLIAMS, 2007; MCMURRAY *et al*, 2007; YIU *et al* 2010; LITHNER *et al*, 2011; UZUN *et al*, 2011).

Segundo YIU *et al* (2010), os ensinamentos são mais centrados em necessidades físicas, deixando para segundo plano as necessidades psicológicas, emocionais e sociais.

CONCLUSÃO

Os estudos foram realizados em diversos países a nível mundial: Austrália, Turquia, Suécia, China, Canadá e Inglaterra. Todos estes países apresentam sistemas de saúde com modos de funcionamento diferentes e um enquadramento cultural e sociopolítico diversificado. Apesar, destas diferenças, a maioria dos doentes considera, independentemente do local geográfico, que a preparação para o regresso a casa necessita de ser estruturada, coerente e individualizada.

Foram encontrados 7 estudos na abordagem ao doente submetido a cirurgia abdominal, evidenciando um campo vasto de conhecimento, que necessita de ser explorado.

Na revisão bibliográfica, não foi encontrado nenhum estudo realizado na população portuguesa, acrescentado mais uma vez a importância de realizar estudos de investigação nesta área.

A hospitalização é um acontecimento gerador de alterações na vida da pessoa. Dado a diminuição do tempo de internamento, é imperativo que a preparação para o regresso a casa tenha início desde a admissão do doente no hospital.

Com internamentos cada vez mais curtos no hospital, a preparação do regresso a casa é fundamental de modo a satisfazer as necessidades do doente e na gestão da ansiedade e incerteza que sentem neste processo. Os doentes vivenciam experiências que muitas vezes não são identificadas pelos profissionais, mas que constituem um fator de preocupação. Por outro lado, as necessidades identificadas pelos enfermeiros nem sempre são as mesmas das identificadas pelos doentes.

A preparação do regresso a casa deve conter, segundo os doentes, uma avaliação das necessidades físicas, com um instrumento de ensinamentos contemple os cuidados com a ferida cirúrgica, com a dor, com os cuidados na alimentação e com a atividade física.

Os cuidados a ter com a ferida cirúrgica, drenos, gestão da dor, alimentação, obstipação e atividades físicas foram as necessidades mais mencionadas pelos doentes. Contudo, os doentes consideram que a informação, dada pelos profissionais deve ser individualizada, envolvendo não só aspetos físicos como emocionais, culturais e espirituais.

Os doentes apontaram que devem existir programas que promovam a articulação entre o hospital e a comunidade, pois muitos deles descrevem a existência de um vazio, e a ausência de articulação, entre ambos.

Os resultados dos estudos permitem-nos afirmar que a preparação para o regresso a casa depende ainda de iniciativas individuais dos enfermeiros, o que remete para uma necessidade urgente de criar programas estruturados, bem como delinear estratégias facilitadoras que possam ir de encontro às necessidades individuais dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNARD, Helena; FOSS, Mark - The impact of the enhanced recovery surgery (ERAS) programme on community nursing. **British Journal of Community Nursing**. [On Line], Vol. 19, nº 4 (Abril 2014), p.184-188 [Consult. a 15 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

BOUGHTON, Maureen; HALLIDAY, Lesley – Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing care needs. **Contemporary Nurse**. [On Line]. Vol. 33, nº1 (2009) p.30-40. [Consult. a 15 Maio 2014]. Disponível em em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

COOPER, Harris - Integrating **research: a guide for literature reviews**. London: Sage; 1989

DRISCOLL, Andrea - Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. [On Line]. Vol. 31, nº 5 (2000). p. 1165–1173. **Journal of Advanced Nursing**. [Consult. a 15 de Outubro 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

ELPHEE, Erin – Understanding the concept of uncertainty in patients with indolent lymphoma. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 35, nº3 (2008), p. 449-454. [Consult. a 15 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

HENDERSON, Amanda. - **A study of the impact of discharge information for surgical patients.** [On Line]. (2001). [Consult. 22 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

HENDERSON, Amanda. - **Information needs of Hong Kong Chinese patients undergoing surgery.** [Em linha]. (2004). [Consult. 22 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

HIXON, Allen - Functional health literacy: improving health outcomes. **American Family Physician.** [On Line]. Vol. 69 nº 9 (Maio 2004), p. 2077-2078. [Consult. 22 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

LITHNER, M.; JONHANSSON, J.; ANDERSSON, E; JAJOBSSON, U; PALMQUIST, I, KIEFSGAR) - Perceived information after surgery for colorectal cancer-an explorative study. **The association of Coloproctology of Great Britain and Ireland** .Vol.14, (Dezembro 2011), p.1340-1350. [Consult. 15 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

PLANK, Angelina; CAVADA, Luisa – Becoming a caregiver: new family carer's experience during the transition from hospital to home. **Journal of Clinical Nursing.** Vol.21, (2012), p. 2072-2082. [Consult. 15 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.04025.x/pdf>>

POMPEO, Daniele; PINTO, Maria; CESARINO, Bernardi; ARAÚJO; Renilda; POLETTI, Nádia - **Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar: reflexão a partir dos relatos dos pacientes.** Acta. Paul. Enferm, Vol.20. (2007) p. 345-350. [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf

PEREIRA, Isabel – **Regresso a casa: Estrutura da ação de enfermagem.** 2013. Lisboa. Editora: Universidade Católica Portuguesa. 243 p. ISBN978-972-54-0392-1

ROOTMAN Irving; RONSON Barbara - Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? **Canadian Journal of Public Health.** [On Line]. Vol. 96, nº 2, (2005), 62–77 p. [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW: WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

SHEPPERD, S.; PARKES J; MCCLARAN J; PHILLIPS C - Discharge planning from hospital to home (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews.** [On Line]. Vol. 33, nº1 (2009) p.35. [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.thecochranelibrary.com>

WILLIAMS, Bev - Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 17, (2008), p. 584- 592 [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

MCMURRAY, Anne; JOHNSON, Patricia; PATTERSON, Elizabeth; GRIFFITHS, Susan General surgical patient's perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. **Journal of Clinical Nursing**. Vol.16 (2007), p. 1602-1609. [Consult. 15 Outubro 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed.Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6

UZUN, Ozge; UCUZAL, Meral; INAN, Gonca - Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. **Contemporary Nurse**. Vol.33, nº 1 (Agosto 2009), p.30-40 [Consult. 15 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

YIU, Hellene; Chien, Wain-Tong; QUIN, May - Information needs of chineses surgical patients on discharge: a comparison of patients'and nurses'perceptions. **Journal of advanced Nursing**. Vol. 27, nº 3 (Abril- Junho 2010), p. 634-637. [Consult. 15 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

2 - MÓDULOS DE ESTÁGIO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), estes profissionais apresentam um papel fundamental na intervenção junto do indivíduo/famílias/comunidade, no meio intra-hospitalar e na articulação com os meios extra-hospitalares. Como foi referido na introdução, o fio condutor deste relatório está associado à prevenção da infeção no doente submetido a cirurgia abdominal. Neste sentido, baseando a intervenção e planeamento de enfermagem na fundamentação científica evidenciada pela revisão integrativa da literatura, serão abordadas intervenções realizadas tendo por base os resultados obtidos.

A intervenção baseada na evidência teve em conta uma das intervenções do enfermeiro especialista, pois desenvolve e promove a reflexão sobre a prática, contribuindo desta forma para a qualidade dos cuidados mediante a alteração de comportamentos através da educação dos clientes e dos pares contribuindo para melhorar a prática da enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Para valorizar os cuidados de enfermagem também é importante refletir sobre o que fazem os enfermeiros, porque fazem e para quem fazem e, por conseguinte, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Partir da reflexão sobre a prática, procurando a fundamentação da mesma, possibilita melhorar o desempenho e o ganho de competências, fortalecendo a tomada de decisão, ética e científica, na responsabilidade pelos atos praticados. Tal como Deodato (2008) afirma, para atingir a excelência (artigo 88º do Código Deontológico de Enfermagem), o enfermeiro utiliza mecanismos relacionados com o seu agir ético. “A reflexão sobre o agir profissional, surge como critério inserido no dever da excelência” (Ibidem, p.159).

A profissão de enfermagem teve um desenvolvimento ao longo dos anos e o quadro de competências inerentes à profissão tem vindo a especificar-se dentro de cada um dos domínios de intervenção da profissão (VIEIRA, 2009). A enfermagem centra-se no exercício profissional do cuidado humano, na prestação de cuidados às pessoas, às famílias, aos grupos e comunidades (REPE, 1996; DEODATO, 2010). A forma como o enfermeiro intervém, está associada à forma como cada profissional incorpora os conceitos de enfermagem e os padrões de qualidade de enfermagem. Esta conceção do pensamento condiciona o agir e a tomada de decisão (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001).

Kunh (1972) citado por Lopes (1999) define paradigma como sendo um conjunto organizado de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias, para o qual as disciplinas devem convergir, trata-se de uma determinada maneira de ver o mundo. Kérouac (1994) distingue três paradigmas: categorização, integração e transformação. Apesar de cronologicamente localizados, não quer dizer que na atualidade não coexistam ideias dos diversos paradigmas. E se a história confere à profissão de Enfermagem a capacidade de ser autónoma, também nos pode fazer questionar na atualidade como se enquadram os cuidados de enfermagem e qual a valorização da profissão.

A profissão de enfermagem só terá reconhecimento se os enfermeiros, no exercício da sua função, assegurarem a visibilidade das suas intervenções centradas na resposta às necessidades dos doentes (SILVA, 2007). Por este fato, é importante esclarecer em que consiste a prática de enfermagem nos vários domínios de intervenção para contribuir para a valorização da enfermagem e da qualidade dos cuidados. Ser enfermeiro em contexto hospitalar, no âmbito da enfermagem cirúrgica, implica conhecer as necessidades dos doentes e família, fornecendo a preparação do regresso a casa com informação e validação de ensinamentos, garantindo a segurança e a continuidade de cuidados no domicílio (SILVA, 2007). De acordo com Collière (1989), cuidar não é uma intervenção isolada e está associada a uma responsabilidade social, pelo que conhecer a área de intervenção, possibilita uma contribuição para a valorização da profissão. Com a evolução da profissão, os cuidados centrados na pessoa conduziram a uma nova atribuição do significado da experiência para aquela pessoa (LOPES, 1999), e a enfermagem, enquanto cuidado humano, traduz a capacidade de cuidar como um modo de ser, que é inseparável da nossa natureza (VIEIRA, 2009).

Ao longo da descrição dos estágios, procurei fazer uma reflexão acerca da evidência científica que sustenta a prática, salientando experiências que demonstram o que fazem os enfermeiros e que valorizam a profissão de enfermagem.

Este capítulo encontra-se dividido em subcapítulos, cada um corresponde a cada módulo de estágio, onde serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas. A fundamentação e análise reflexiva apresentadas terão por base a ordem cronológica das experiências relevantes para a aquisição de competências como enfermeira especialista. Em cada módulo de estágio será apresentado o objetivo geral e os objetivos específicos, refletindo de forma fundamentada em cada um dos módulos, acerca das atividades desenvolvidas durante o estágio.

2.1.- MÓDULO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Com o objetivo de uma compreensão das competências adquiridas durante o meu percurso profissional, pretendo de uma forma sumária relatar a aquisição de competências na área do cuidado ao doente/família na unidade de cuidados intermédios/intensivos.

O meu ingresso no Hospital Santa Cruz (HSC) teve lugar em 2006, no serviço de Cirurgia Geral/Transplante Renal. O serviço estava inicialmente dividido em duas áreas: enfermagem e unidade de cuidados intermédios. Mais tarde, ficou dividido em 3 áreas, em que a nova área de prestação de cuidados integrava preferencialmente doentes submetidos a transplante renal.

A área de cirurgia geral do HSC abrange diversas especialidades cirúrgicas: colorretal, ginecologia, endocrinologia, urologia e vascular. Os doentes abrangidos por esta unidade são,

na maioria, doentes com insuficiência renal em diálise e doentes com patologia do foro cardíaco, que necessitam de cuidados diferenciados e qualificados.

2.1.1 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A integração no serviço foi estruturada para que adquirisse competências e autonomia na prestação de cuidados. A orientação de enfermeiros peritos na área constituiu um marco que considero inigualável da qualidade de cuidados que pretendo prestar diariamente. Aqui aprendi também a “tomar conta” dos nossos doentes (COLLIÉRE, 1989). Sim, porque eles são um pouco nossos. Damos um pouco do nosso *eu* todos os dias de forma a dar-lhes o melhor. Tal como refere Vieira (1995), cuidar é mais que um saber técnico ou científico, envolve uma relação interpessoal. Esta forma de enquadrar o desenvolvimento pessoal e profissional, dá resposta ao artigo 88º da lei nº111/2009 em que a procura pela excelência profissional foi uma constante.

Do enfermeiro da unidade de cuidados intensivos é esperado a prestação de cuidados de excelência a pessoas que apresentam risco de vida, prevenindo complicações de uma forma individualizada (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Durante os 6 anos que prestei cuidados ao doente crítico, desenvolvi conhecimentos na área da diálise, em Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), na prestação de cuidados ao doente submetido a cirurgias major com complicações pós-operatórias como o enfarte agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão, choque séptico, choque cardiogénico e choque hipovolémico. A monitorização hemodinâmica com a monitorização da pressão venosa central, monitorização arterial ou monitorização cardíaca, são alguns exemplos dos cuidados prestados. A interpretação gasimétrica, a realização de técnicas como a hemodiafiltração contínua ou cuidados ao doente ventilado exigem o desenvolvimento de competências específicas na abordagem ao doente crítico.

Ao analisar o meu percurso na unidade de cuidados intermédios, consigo enquadrar-me nos graus de competência definidos por Benner (2001) que incluem 5 fases: *principiante*, *principiante avançado*, *competente*, *proficiente* e *perito*. Em cada fase o enfermeiro apresenta diferente característica quer quanto ao desempenho, quer quanto à apreciação das situações. A formação possibilitou que eu desenvolvesse a experiência profissional e de vida, promovendo o meu processo de desenvolvimento. O acompanhamento de situações críticas e a experiência traduziram-se na capacidade de identificar alterações, muitas vezes subtis, promovendo uma intervenção precoce e prevenindo complicações.

A aquisição de conhecimentos em outras áreas de atuação como os cuidados paliativos e a diálise noutras instituições permitiu-me transpor este conhecimento junto do doente crítico,

adequando e sensibilizando a equipa para questões éticas e modos de intervenção relacional assim como algumas especificidades, como a abordagem do doente com acesso vascular de diálise ou cuidados na hemodialiltração contínua. O desenvolvimento nas áreas de prestação de cuidados supracitadas, permitiu-me tomar iniciativa e ser criativa na interpretação e resolução de problemas nesta área tendo em conta os princípios ético-científicos.

Mais tarde, devido às competências adquiridas, foi-me proposto, noutra instituição, desempenhar funções de chefe de equipa e, posteriormente, funções de 2º elemento, no internamento cirúrgico onde desempenho funções e onde exerço supervisão do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo também desta forma para o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa.

Durante o meu percurso, procurei intervir no acolhimento e acompanhamento da família. São diversos os fatores que aumentam a ansiedade dos familiares face ao internamento, um dos quais inclui um acontecimento inesperado na vida da pessoa, por exemplo, a descoberta de que tem cancro. Este acontecimento causa impacto no equilíbrio da família e do doente, gerado muitas vezes pela *incerteza* face ao diagnóstico (COTRIM, 2007).

De acordo com Merle Mishel citado por Tomey e Allogood (2004), os membros da família experienciam elevados níveis de *incerteza* que podem reduzir a quantidade de apoio que é percebido pelo doente. Estratégias como o contacto telefónico após o término da cirurgia ou o acompanhamento diário da família ajudam o doente e família a gerir momentos de *incerteza*.

Em unidades de cuidados intensivos, onde os doentes são submetidos a ventilação mecânica, ficando incapacitados para comunicar verbalmente, ir ao encontro das necessidades do doente pode ser um desafio. No encontro entre o familiar e o doente, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no acolhimento na unidade. Para minimizar o impacto deste acontecimento, que está muitas vezes aumentado devido ao ambiente físico que envolve a unidade do doente (monitor, prótese ventilatória...), o que vai ao encontro ao enunciado por Urden (2008, p.171) quando refere que “os membros da família podem ter dificuldade em ver a pessoa que conhecem no meio de todo o equipamento, pelo que podem ser dadas instruções sobre a forma de a abordar e sobre o facto de que pode ainda ouvir, apesar de, aparentemente, não responder. O doente ventilado vive momentos de “terror e ansiedade, associados à morte, à incapacidade de distinguir a noite do dia, dificuldade em comunicar “ (CASTRO *et al*, 2011), logo trabalhar com a família a expectativa e a incerteza face a este novo acontecimento é fundamental na adaptação a uma nova situação de vida. Na prestação de cuidados à pessoa internada na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) desenvolvi competências no âmbito da gestão da comunicação interpessoal quer com a pessoa doente, quer com os seus familiares, tendo por base a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, indo ao encontro dos pressupostos regulamentados no REPE (ORDEM DOS

ENFERMEIROS, 2005).

Analisando a minha evolução enquanto enfermeira não posso deixar de referir como foi difícil em alguns momentos a tomada de decisão, isto porque em alguns doentes, invariavelmente, era possível antecipar o seu estado terminal. A aquisição de conhecimentos nesta área levou-me a refletir várias vezes este tema com a equipa, onde a questão da fronteira entre o “intensivismo” e o “doente paliativo” revelou-se um desafio ao longo dos anos. Até onde devemos ir? Qual a vontade do doente? Quais as necessidades da família? Qual o papel do enfermeiro na abordagem das questões éticas inerentes? Estas foram questões que se tornaram desafios diários. A vida humana exige um respeito infundável e o enfermeiro tem como missão proteger a pessoa, assegurando o respeito pela sua vontade (DEODATO, 2010) pois é papel do enfermeiro “intervir de acordo com a defesa da liberdade da pessoa humana” (REPE, Artigo 78º, nº1). As maiores dificuldades com que me confrontei estiveram relacionadas com questões éticas como os limites da informação e a obstinação terapêutica e com a tomada de decisão neste campo, mas também foi esta reflexão que me ajudou a crescer e a ganhar competências na tomada de decisão.

Foi também na área de cuidados paliativos que desenvolvi competências na comunicação através da formação e das experiências diárias, visando o estabelecimento de numa relação terapêutica, quer a nível da compreensão empática, da aceitação incondicional quer da autenticidade e respeito, integrantes da relação de ajuda (PHANEUF, 1995). Muitas vezes estar...era tudo. Foi a entrega e a autenticidade, na intenção com que desenvolvi as intervenções terapêuticas que me permitiu desenvolver competências. Tal como refere (VIEIRA, 2009) o cuidado humanizado tem como base o que eu digo, enquanto pessoa do outro lado da relação humana, sendo a forma como me mostro como pessoa que possibilita uma relação de cuidado humanizada.

2.1.2 - FORMAÇÃO/GESTÃO/INVESTIGAÇÃO

Durante a fase inicial no serviço foi-me proposto que desempenhasse funções como membro dinamizador na área da “Prevenção de úlceras por pressão”. Assim, em 2006, comecei a dar formação nesta área e a colaborar na implementação da escala de Braden no serviço. Esta escala tem como objetivo avaliar o grau de risco do doente em desenvolver úlceras de pressão e adequar protocolos de intervenção de acordo com o grau de risco identificado (MIGUÉIS *et al*, 2007). Para a implementação da escala, trabalhei em parceria com o elemento dinamizador do serviço, responsável pela implementação Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), no levantamento de intervenções adequadas para os registos de enfermagem. Mais tarde, integrei o grupo de formação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), colaborei na formação na área de prevenção de úlceras por pressão (UPP),

em que um dos conteúdos era a implementação da escala de Braden.

Considero que esta experiência foi fundamental na minha formação pois desenvolvi competências no âmbito da formação, da definição de estratégias para implementação de protocolos, para uniformização dos cuidados de enfermagem e para a melhoria da qualidade nos serviços.

Participei em reuniões com o grupo do CHLO, na elaboração de um protocolo para o tratamento de UPP onde abordei, especificamente, a necrose tecidular. A intervenção de enfermagem é fundamental nesta área pois as úlceras de pressão causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes (MIGUÉIS *et al*, 2007). As UPP elevam o risco de aumento do tempo de internamento, aumento dos custos hospitalares, aumento da ansiedade no doente e na família (EPUAP, 2009). A monitorização prevalência das UPP era feita anualmente no serviço, atividade desenvolvida como membro dinamizador do serviço.

No âmbito da prevenção de UPP, colaborei na escolha de material para prevenção de úlceras e procedi à reestruturação do material disponível no serviço, categorizando o material existente e redefinindo o número de apósitos em *stock* no serviço. Realizei ainda um cartaz, que afixei, para ajudar na tomada de decisão quanto ao material mais adequado no tratamento de UPP. Para complementar, realizei ações de formação em serviço na área do tratamento de feridas, acompanhando os enfermeiros diariamente na monitorização das feridas. A aquisição de competências na gestão do serviço e supervisão de cuidados foi fundamental e serviu de suporte mais tarde, quando colaborei na abertura do serviço de internamento cirúrgico.

Em 2010, foi proposto a elaboração de um estudo de investigação na área da transplantação renal. Neste estudo, em que fui co-autora, o tema abordava a utilização do equipamento de proteção individual na abordagem ao doente submetido a transplante renal. Durante vários anos, a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) como touca, luvas e bata era prática corrente na prestação de cuidados. De acordo com a evidência científica, o uso exclusivo de máscara e higienização das mãos em detrimento de todos os outros EPI na prestação de cuidados nestes doentes não aumentava a taxa de infeção. Após a mudança de protocolo, foi feito um estudo retrospectivo e concluiu-se que o uso exclusivo de máscara como EPI não aumenta a taxa de infeção. A realização deste estudo permitiu-me adquirir competências na área da investigação. Os resultados deste estudo foram divulgados num congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação em 2011, através de um poster com apresentação em comunicação livre. Esta constituiu um desafio, pois apesar de dar formação no CHLO e em serviço, a apresentação num congresso permitiu-me desenvolver competências na divulgação de dados científicos e da prática clínica com vista a melhorar os cuidados prestados.

2.2. - MÓDULO III: GRUPO COORDENADOR LOCAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

A escolha do local para a realização deste módulo, foi uma opção refletida e teve em conta o meu percurso profissional. Ao ingressar no hospital em 2012, foi-me proposto desempenhar funções como membro dinamizador do serviço, em articulação com a GCL-PPCIRA (nova nomenclatura atribuída em 2013 à Comissão e Controlo de Infeção). O interesse pela área tem sido crescente, assim como a consciencialização da sua importância e das repercussões das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). A área de controlo de infeção é fundamental para a prestação de cuidados de saúde, pois o seu contributo e a transversalidade dos seus conteúdos aplica-se a todas as áreas, onde se prestam cuidados de saúde (LECOUR, 2010).

A importância dada à área de controlo de infeção tem sido crescente. Em Portugal teve início nos anos 30, pela Direção de Saúde. Apenas 40 anos mais tarde, em 1979, a Direção Geral dos Hospitais voltou a abordar este tema. As medidas instituídas baseavam-se na sensibilidade dos profissionais. Em 1996, foram criadas as comissões e controlo de infeção (CCI) sob regulamentação da DGS e em 1999, surge pela primeira vez o Programa Nacional Contra a Infeção (PNCI), inserido em 2004 no plano Nacional de Saúde (LECOUR, 2010). De acordo com este autor, a prevalência de infeção hospitalar de 9,8 % em 2009 em Portugal, valores que têm vindo a diminuir. As IACS são consideradas um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos doentes (LITO, 2010). Esta problemática atual exige uma intervenção fundamentada da GCL-PPCIRA, com profissionais com competências nesta área, tal como é validado no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

A CCI, cuja nomenclatura foi modificada em 2013 para GCL-PPCIRA, caracteriza-se por ser “ (...) um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, que deve ter um carácter técnico, executivo, multidisciplinar, representativo e ajustado às novas modalidades da gestão das unidades de saúde. São compostas por membros nomeados pelo Conselho de Administração e integram na sua composição três núcleos, um núcleo executivo, um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação e um núcleo de apoio técnico. Deve ser dotada de autoridade institucional e autonomia técnica (...)” (DGS, 2007, p.2). Segundo a mesma fonte, o seu principal objetivo consiste em prevenir, detetar e controlar infeções nosocomiais nos estabelecimentos de saúde.

Desde o início do século XX que os antibióticos revolucionaram a medicina, contudo o seu uso frequente e, muitas vezes inadequado, conduziu a um fenómeno de bactérias multirresistentes (DGS, 2013). A prescrição inadequada e frequente de antibióticos, constitui um dos principais fatores que contribuem para a resistência dos antimicrobianos na atualidade. Os

microorganismos estão a tornar-se resistentes aos antibióticos, incorrendo o risco de, no futuro, não existirem antibióticos para algumas estirpes, tornando-se por isso intratáveis (PHIPPS *et al*, 2010; LECOUR, 2010). Neste sentido, surge em 2008, publicado em *Diário da República*, 2ª série, nº152, o Programa Nacional de Resistência a Antimicrobianos que teve como objetivo a redução do uso inadequado de antimicrobianos. De acordo com Pina *et al* (2010), Portugal apresenta uma maior percentagem de microorganismos multiresistentes. O *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) tem uma percentagem de incidência superior a 50%, um dos maiores da Europa. É dos países europeus com uma taxa superior de enterobactérias resistentes às cefalosporinas de terceira geração, de *pseudomonas* e *acinetobacter* multiresistente. O *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina ocupa a mesma posição face a outros países da europa, com percentagem superior a 20%. A *Klebsiella pneumoniae* resistente a cefalosporinas de 3ª geração também tem uma percentagem significativa, entre outros, o que nos remete para a importância deste grupo nos cuidados prestados e no controlo epidemiológico destes microorganismos a nível hospitalar e na comunidade (PINA, 2010).

Segundo o Despacho nº 5579/2013 do Ministério da Saúde de 26 de Março de 2013, foi criado um Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PCIRA). Este é resultado da junção do Programa nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI) e do Programa nacional de Prevenção e Resistência aos Antimicrobianos (PNPRA) constituindo um programa prioritário de saúde (DGS, 2013). Como estratégia do “Grupo Coordenador Local de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos” (GCL-PPCIRA) circunscreveu como áreas de atuação: Definição e normalização de estrutura, vigilância epidemiológica e de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, normalização de procedimentos e práticas clínicas, informação/educação, atividades de prevenção e controlo de infeção, monitorizar a investigação de surtos e a realização de inquéritos epidemiológicos, realização de auditorias, elaborar um plano e um relatório anual de atividades e um plano de atividades trianual.

O local de estágio atrás referido tem no seu grupo de trabalho duas enfermeiras, um coordenador, um infeciologista, uma farmacêutico e os elos de ligação nos serviços, profissionais que centralizam a informação mantendo uma constante articulação entre serviços.

De seguida, passo a apresentar os objetivos de estágio e as atividades desenvolvidas, ilustrando as competências desenvolvidas na área de especialização.

OBJETIVO GERAL - Desenvolver competências na área de prevenção e controle de infeção associada aos cuidados de saúde no âmbito da intervenção do enfermeiro

especialista na área médico-cirúrgica;

As IACS são definidas como “Infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (DGS, 2007, p. 4) e, têm impacto não só na qualidade dos cuidados que se prestam, mas também na vida dos doentes/famílias. A presença de uma infecção adquirida no hospital traduz-se em custos diretos para as organizações de saúde com o aumento do tempo de internamento. Por outro lado, tem impacto físico (morbilidade e mortalidade), emocional e socioeconómico nos doentes e famílias. A dependência física, ansiedade face ao prognóstico e adaptação a uma nova situação apresenta frequentemente impacto social, por exemplo, ao nível do emprego. Não esquecendo a família, a quem é atribuída a função de cuidar e que têm que, muitas vezes, abdicar do emprego e família. Tal como enuncia LECOUR (2010, p. 17) “a infecção nosocomial mostra valores preocupantes, com graves consequências sociais e económicas, pelo aumento da mortalidade e da morbilidade que condiciona, e naturalmente maior sofrimento humano”.

De acordo com WHO (2009), a prevalência das IACS é de 5 a 10%, aumentando este número nas unidades de cuidados intensivos e o tempo de internamento (FRAGATA, 2011). O impacto do controle das IACS é uma área fundamental de intervenção, pois cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são, seguramente, evitáveis (WHO, 2009).

Em Portugal, no Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção realizado em Março de 2009 pelo Programa Nacional de Controlo de Infeção no âmbito da Campanha da Organização Mundial da Saúde “Práticas Simples Salvam Vidas” foram estudados 21.459 doentes internados em 144 hospitais, tendo-se observado uma prevalência de 11,03 % de IACS em 9,8 % dos doentes hospitalizados (PINA *et al*, 2010). De acordo Lito (2013) um em cada dez doentes internados num hospital adquire uma infeção nosocomial, sendo as infeções mais comuns as Infeções do Trato Urinário (ITU), seguidas das infeções das vias respiratórias, da Infeção do Local Cirúrgico (ILC) e das infeções da corrente sanguínea.

Pelo atrás referido, o papel dos profissionais de saúde é importante no alerta a esta problemática pois a transmissão microorganismos é facilitada pelo incumprimento das precauções básicas como a lavagem das mãos, o uso de barreiras de proteção e descontaminação de equipamentos (PINA, 2002; LIU *et al*, 2014).

Um estudo desenvolvido pela Centers for Disease Control and prevention (CDC, 2001), diz-nos que a dotação de um enfermeiro para 250 camas, um médico com formação na área, um programa de Vigilância Epidemiológica (VE) e informação fornecida pelos e aos cirurgiões, permitiria evitar 1/3 das infeções (PINA, 2003). Estes dados demonstram a importância que deve

ser atribuída a esta área, que tem vindo a implementar-se de forma gradual nos cuidados de saúde atuais e a ser um indicador da qualidade dos cuidados prestados a nível hospitalar. Este foi um dos aspetos que mais me fez questionar acerca da importância do trabalho deste grupo e do papel do enfermeiro na redução destes números através da sua intervenção diária. O registo contínuo e sistemático, assim como a análise, a interpretação e a implementação de estratégias referente às IACS é considerado fundamental no controlo de infeção (DGS, 2008). Por exemplo, o registo das IACS está a ter uma adesão crescente a nível nacional e internacional. A rede de registo integrada a nível europeu do Hospital in Europe Link for Infection Control Through Surveillance (HELICS) com a Infeção do Local Cirúrgico (ILC) e de infeções em doentes em UCI permite monitorizar práticas e qualidade de cuidados.

A vigilância epidemiológica (VE) é fundamental na prevenção e controlo de infeção e consiste na recolha de dados, registo e análise sistemática de informação sobre os doentes e infeções, tendo por objetivo implementar medidas adequadas, o que permite detetar precocemente surtos de infeção e monitorizar periodicamente dados de avaliação (LEÇA *et al*, 2008; DGS, 2008; LITO, 2010). A VE tem como objetivos avaliar de forma contínua e sistemática ou periódica (trimestral e anual) as taxas de infeção estratificadas por níveis de risco para reduzir a incidência da infeção nas unidades de saúde (LEÇA *et al*, 2008; DGS, 2008). Um programa de VE pode ter por base *indicadores de processo* - tem como base práticas e procedimentos realizados - e/ou *indicadores de resultado* - tem como base resultados de taxas de mortalidade, custos ou taxas de infeção (DGS, 2008).

Reportando-me agora ao local de estágio, a área de VE abrange as infeções nosocomiais da corrente sanguínea, do trato urinário com microorganismos epidemiologicamente significativos (MES), as infeções/colonizações por MES significativos (*Staphylococcus aureus* resistente à metilicina- MRSA, *Acinetobacter* Multirresistente, *pseudomonas aeruginosa* Multirresistente, *enterobacterias* produtoras de B-lactamases de espectro estendido ou carbapenem, *streptococcus pneumoniae* resistente à penicilina e *enterococcus* resistente à vancomicina, entre outros), ILC e Pneumonia associada ao Ventilador (PAV). Este alerta é dado pelo laboratório diariamente através do sistema informático. Neste estágio tive oportunidade de realizar VE, participando de forma ativa na prevenção de transmissão cruzada. Utilizando os critérios divulgados pela DGS e pela Center Disease Control (CDC), também analisei e refleti acerca de focos de intervenção a nível hospitalar que podem diminuir a taxa de infeção/colonização.

Os dados fornecidos pelo laboratório são analisados e divulgados à Direção Executiva e a nível hospitalar junto de profissionais de saúde, permitindo a seleção refletida de medidas a implementar por serviço, o que está de acordo com Lito (2010) quando refere que deverá ser dado aos profissionais que executam os procedimentos, sujeitos a VE, um feedback dos resultados e medidas a instituir. Por exemplo, muitos dos doentes colonizados com MRSA são provenientes de lares ou outras instituições. Este aspeto fez-me questionar acerca da

transmissão do MRSA e nas taxas de incidência e prevalência do mesmo, pois sabe-se que muitas vezes pode acontecer descolonizar um doente e posteriormente ser recolonizado no meio onde vive, extra-hospital. A transmissão cruzada é potenciada pelo número de doentes internados colonizados ou infetados com o microorganismo e quanto maior é o número de doentes internados com *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA *load*), maior será o risco de infeção deste agente a outros doentes (LEÇA *et al*, 2008).

A análise das causas e de situações que conduzam a um aumento dos fatores de risco, a análise do *Treshould*, dos indicadores de resultado e de processo são consideradas no planeamento de intervenções para minimizar a incidência hospitalar destes microorganismos. A vigilância epidemiológica realizada permite comparar resultados hospitalares e implementar medidas de melhoria. Por exemplo, o aumento do número de doentes com *Clostridium* detetados no primeiro trimestre implicou por parte da enfermeira um alerta e análise dos casos de forma a compreender a sua etiologia e a implementar medidas de controlo de infeção.

O acompanhamento dos doentes com MES a nível hospitalar, identificados na admissão permite uma diminuição do risco de infeção, sendo que para prevenir o risco de infeção cruzada são realizados alguns procedimentos: quando um doente é admitido é preenchido um inquérito epidemiológico pelo médico que irá orientar a intervenção prática nomeadamente a colheita de estudos de colonização, que permitem a identificação de estirpes multirresistentes e, com base nos fatores de risco, a alocação de doentes. O doente é colocado em isolamento presuntivo até confirmação laboratorial da presença de microorganismos colonizadores como MRSA ou, por exemplo, *acinetobacter multiresistente*. Ao adotar medidas acrescidas de isolamento presuntivo, utilizando luvas/avental, é minimizado o risco de infeção cruzada (Siegel *et al*, 2007).

Esta reflexão levou-me a interrogar acerca da importância dos indicadores de estrutura existentes em Portugal e noutros países da Europa. O isolamento presuntivo em quartos de isolamento para todos os doentes seria o ideal, mas a maioria dos hospitais em Portugal não têm estrutura para o fazer e o número de doentes com estas características são cada vez maiores, o que torna o papel dos recursos humanos (membros dinamizadores, núcleo executivo e núcleo consultivo) decisivos para a diminuição do impacto epidemiológico destes doentes no hospital e otimizar o mais possível as estruturas e os processos intervenientes.

Na realização da VE diária, um dos casos sobre o qual refleti foi acerca de um doente submetido a *bypass* femuro-popliteu com úlcera crónica do pé. Após alguns dias de cirurgia foi colhido exsudado da úlcera crónica que revelou diversos microorganismos, um dos quais MRSA. Este doente não tinha colhido produto para análise na admissão pois não tinha fatores de risco. Ao analisar os parâmetros inflamatórios e análise dos dados clínicos do doente conclui que os microorganismos identificados eram colonizadores da ferida. Uma das questões

que coloquei foi acerca da possibilidade do doente estar colonizado com MRSA, pois tendo em conta que apresentava acesso de tosse descritos, a possibilidade de infeção respiratória causada por este agente era elevado. Partilhei esta informação com os colegas de forma a promover uma articulação com a equipa multidisciplinar. A intervenção neste doente com o objetivo de prevenir infeção foi possível devido a uma abordagem sistemática, fundamentando a intervenção de enfermagem.

A pessoa a quem se propõe o isolamento poderá estar infetada ou colonizada com um microrganismo e consoante o inquérito epidemiológico, do doente é colocado em isolamento presuntivo ou efetivo. Alguns agentes como o MRSA permitem o isolamento em coorte, outros como o *Clostridium difficile*, não permitem, pois tem diferentes fases de infeção (SIEGAL *et al*, 2007). Foram registadas solicitações de outros serviços para ajudar na tomada de decisão no cuidado ao doente de modo a permitir a proteção dos outros doentes na prevenção de infeção cruzada. De acordo com o agente é decidido o tipo de isolamento. No caso de suspeita de Tuberculose pulmonar ou *Clostridium difficile*, os doentes são colocados de imediato em isolamento. No caso de doentes com pneumonia ou suspeita de colonização com MRSA, aguarda-se os resultados laboratoriais (DGS, 2008). Contudo, a escolha da alocação de doentes faz-me questionar diversas vezes acerca do impacto que o isolamento tem no doente pois, de acordo com Costa (2010), aplicar os princípios de isolamento a uma pessoa poderá pôr em causa a sua dignidade humana, sendo que este princípio constitui o pilar estruturante sobre o qual assentam todos os outros princípios, valores e direitos fundamentais de todos os seres humanos, pois em muitas situações, pode constituir um dilema ético. No entanto, não isolar a pessoa infetada ou colonizada com um microrganismo que requer isolamento do doente, é criar risco para os que o rodeiam. Há aqui um conflito de interesses entre o bem comum e o bem individual, pois nem sempre o bem da pessoa é necessariamente idêntico ao bem comum e portanto, ao bem de todos.

Na avaliação dos estudos de colonização recebidos diariamente, a enfermeira do GCL-PPCIRA regista em notas a avaliação feita do doente assim como a sua tomada de decisão. A validação da informação é transmitida oralmente, por escrito e por mail ao enfermeiro da gestão de camas, assim como ao enfermeiro do serviço. Assim, é validada a informação de várias formas garantindo que aquela pessoa tem o cuidado de enfermagem assegurado, pois tal como refere Moita G. *et al* (2007) “os registos exigem conhecimentos científicos e técnicos e transmitem responsabilidade e a natureza das intervenções do enfermeiro, revelando a sua capacidade de análise, de decisão, de ação e de avaliação nas diferentes situações”.

O enfermeiro do GCL-PPCIRA é importante na formação dos profissionais, exemplo disso são as reuniões com membros dinamizadores em que são orientados e fornecidas bases de pesquisa científica. Este pequeno passo, permite, e eu sou exemplo disso, como membro dinamizador no meu serviço, acompanhar a prática clínica dos profissionais, tendo como base

princípios científicos e *guidelines* para a prática clínica.

Neste estágio, acompanhar a enfermeira do GCL-PPCIRA junto dos profissionais de saúde no âmbito da formação formal e informal em diversas áreas como na higienização ambiental, permitiu-me aprender estratégias de ensino no adulto, que podem ajudar na interiorização de procedimentos, sendo que uma das estratégias que utilizei foi a demonstração prática. No caso da higienização ambiental, por diversas vezes, detetei dúvidas na recolha de tabuleiros dos quartos de isolamento ou na diluição de produtos para a higienização ambiental como a higienização de uma cama com o produto inadequado, com estirpes como o *Clostridium difficile*, pode conduzir facilmente a uma infeção nosocomial cruzada. O alerta junto dos assistentes operacionais, de forma a assegurar a implementação adequada dos protocolos institucionais foi importante na prevenção da infeção, uma vez que o ambiente pode servir como um reservatório de microorganismos potencialmente causadores de infeção (PINTADO, 2010).

Através do meu percurso profissional, posso afirmar, suportada em PINA (2003), que os conteúdos formativos de controlo de infeção deveriam estar intrinsecamente implementados nos planos curriculares educativos. Tem-se incidindo mais sobre a área de controlo de infeção após a formação de base, ainda que os conteúdos estejam agregados a diversos conteúdos programáticos. De salientar que todos os profissionais admitidos neste hospital têm um plano de formação protocolado, que inclui 8h iniciais de controlo de infeção, que posteriormente são complementadas com outras formações relevantes na área.

Neste percurso formativo tive também oportunidade de participar no programa anual de formação no âmbito da higienização das mãos, junto da equipa médica de cirurgia geral¹. Nesta ação de formação tive oportunidade de sensibilizar a equipa médica de cirurgia geral e estudantes de medicina (total de 25 pessoas) acerca das IACS e refletir em conjunto, com base no meu projeto estágio, no âmbito das práticas para prevenção da infeção da ferida cirúrgica. A preocupação manifestada por esta problemática atual veio valorizar a importância que deve ser atribuída à prevenção de infeção nos cuidados de saúde e enquanto equipa multidisciplinar, que agindo à luz destes princípios, seguramente contribuirá para a melhoria dos cuidados.

A pneumonia associada ao ventilador (PAV) é uma das áreas críticas de atuação do enfermeiro. Assistir a reuniões de clínicos, a pesquisa de *guidelines* e de critérios divulgados pela CDC e DGS na VE, permitiu-me refletir acerca dos cuidados prestados, pois tendo em conta que muitos agentes de infeção são endógenos, é importante alertar os profissionais para as *bundles*, de forma a prevenir infeção. A definição de estratégias pela GCL-PPCIRA ensinou-me acerca do tipo de intervenção que se pode ter numa equipa de forma a uniformizar

¹ Os conteúdos da formação não serão anexados ao relatório por sigilo profissional, uma vez que fazem parte de um programa institucional.

cuidados, sabendo que a mudança de comportamento é uma das áreas mais difíceis na área da formação (MATOS e SOBRAL, 2010).

A GCL-PPCIRA intervém ao nível de consultoria e apoio a situações de risco, nomeadamente, técnicas assépticas, políticas para limpeza, desinfeção e esterilização, circulação de pessoas, surtos, equipamentos e materiais. Uma das áreas de intervenção a que tive oportunidade de assistir foi no Serviço de Medicina e Reabilitação que consistiu na definição de procedimentos em relação à entrada e saída de pessoas e alocação/desinfeção do material. De acordo com Lito (2010), está demonstrado que o equipamento de cuidados de saúde é uma fonte significativa de infeção nosocomial e, refere, quando cita Shaume e Crispchare (2006) que altos níveis de contaminação estão presentes nos equipamentos de saúde. Nesse estudo, 86,8% dos equipamentos estavam contaminados. As maiorias das contaminações podem ser diminuídas com a limpeza do equipamento com álcool a 70 ° (LITO, 2010). Neste serviço foram encontrados objetos como brinquedos que não correspondiam ao processo de higienização correta, podendo constituir um veículo de infeção. Considero um desafio conseguir adequar procedimentos às estruturas pré-existentes e o encontro de soluções implica grande conhecimento científico de forma a conseguir ajustar procedimentos junto de aspetos estruturais do edifício que são dificilmente alteráveis. Esta intervenção teve um impacto positivo na minha aprendizagem, em que tive oportunidade de voltar a ter este tipo de intervenção no estágio no SUG, na abordagem ao vírus ébola.

Após alguma reflexão crítica acerca do desenvolvimento de competências na área de controlo de infeção, serão apresentados os objetivos focalizados no âmbito da prevenção da ferida cirúrgica:

OBJETIVO 2 – Desenvolver conhecimentos na área de auditoria ao bloco operatório, no contexto da prevenção da infeção da ferida cirúrgica;

De acordo com a DGS (2013), uma infeção que ocorre em doentes cirúrgicos no local da intervenção é conhecida como infeção do local cirúrgico e, segundo a mesma fonte, esta ocorre após procedimentos invasivos na camada superficial ou profunda da incisão, mas também pode ocorrer no espaço peritoneal, pleural, mediastino ou espaço articular. A definição de infeção é essencialmente clínica. As infeções da ferida cirúrgica podem ser classificadas como superficial, incisional profunda e de órgão ou espaço (PINA, 2003; ROTHROCK, 2008; DGS, 2013; MANGRAM *et al* 2014).

As ILC estão associadas a um aumento da morbilidade e da mortalidade, aumentos dos custos hospitalares e aumento do tempo de internamento (WHO, 2008; FRAGATA, 2011). Num estudo realizado por RUSU *et al* (2013), foram avaliados os custos de complicações da ferida cirúrgica

ao nível de três indicadores: mortalidade, dias de hospitalização e financiamento. Constatou-se um aumento do internamento com uma média aumentada de 16 dias e um aumento de custos de 100%.

A taxa de infeção da ferida cirúrgica é uma das áreas de intervenção a nível nacional e internacional, através do programa HELICS. As bases de dados a nível hospitalar, nacional e europeia permitem ter acesso a informação como os agentes infecciosos mais frequentes, taxas de infeção nos primeiros 30 dias ou no 1 ano no caso de prótese (DGS, 2013).

De acordo com Pina (2013), no inquérito de “prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses”, a ILC foi a terceira mais frequente, representando 18% das Infeções hospitalares. Do total das ILC, um terço representava infeção incisional profunda e 41,8% representava infeção de órgão/espaco. Em 52,8% dos casos houve confirmação etiológica da infeção. Dado que é uma situação problemática da realidade atual, foi identificada como área de intervenção hospitalar na qual pretendo desenvolver competências.

De acordo com Duarte e Martins (2014), pode definir-se medida de prevenção de infeção da ferida cirúrgica como um conjunto de ações estruturadas para reduzir o risco de oportunidades de ocorrer. Ainda segundo Pina (2013), a maioria das infeções da ferida cirúrgica ocorrem no bloco, o que está em concordância com estudos e orientações divulgados pelo CDC (MANGRAM *et al*, 2014). A intervenção na área da prevenção da infeção da ferida cirúrgica é fundamental, constituindo uma área de intervenção na GCL-PCIRA. Com a explanação anterior, foi fundamentada a pertinência da intervenção nesta área.

Durante o estágio tive oportunidade de participar em reuniões com o núcleo executivo, onde expus os objetivos para o estágio e respetiva metodologia, onde me propus a desenvolver um **instrumento de auditoria ao bloco operatório na área da prevenção da ferida cirúrgica** (APÊNDICE 1), teve aceitação imediata por parte dos elementos integrantes da GCL-PPCIRA assim como da enfermeira responsável pelo Bloco Operatório e diretor clínico do hospital.

Na construção deste instrumento de auditoria, foram consideradas orientações internacionais e estudos científicos. Daí sabemos que a contaminação pode ocorrer por fatores externos como o ar, equipamentos ou por fatores internos sendo que os microrganismos que causam o foco de infeção dependem do tipo e local da cirurgia, dos antimicrobianos administrados ao doente e dos fatores intrínsecos do mesmo, entre outros. Fatores como a qualidade da técnica cirúrgica, a presença de corpos estranhos, incluindo drenos, a virulência dos microrganismos, as infeções concomitantes noutros locais, a utilização da tricotomia pré-operatória, a colocação de campos cirúrgicos, número de abertura de porta, ou manutenção da temperatura corporal e glicémias em valores preconizados, a duração do procedimento ou a experiência da equipa cirúrgica, devem ser considerados (MANGRAM *et al*, 1999; AESOP, 2005; ROTHROCK, 2008; WHO, 2009;

FRAGATA, 2010; DGS, 2013).

Através da construção dos indicadores de auditoria, fundamentando a construção de cada um deles em bases de dados científicas e em *guidelines* internacionais e nacionais, adquiri competências na área de auditoria e da investigação como área de intervenção de enfermagem na qualidade dos cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

O processo de auditoria no bloco operatório foi facilitado pela experiência prévia pois participo anualmente na auditoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e na área da higienização das mãos. É um processo rigoroso que exige um compromisso pela implementação do projeto e concretização, defendendo princípios éticos inerentes como o sigilo e o respeito pela privacidade. Com esta intervenção pretendi desenvolver conhecimentos no domínio da gestão dos cuidados e na participação em programas de melhoria contínua da qualidade, competências atribuídas ao enfermeiro especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

O enfermeiro especialista é aquele que “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.18). A fundamentação da prática deve ter como base padrões sólidos do conhecimento pois a intervenção do enfermeiro especialista na implementação das práticas de acordo com protocolos institucionais e internacionais é fundamental, mas também na identificação de complicações precoces e educação junto da equipa. Esta competência permitiu-me ter um papel ativo junto do doente no despiste precoce de complicações e definição das intervenções mais adequadas para prestar melhores cuidados, orientação e articulação com outros profissionais de saúde.

Este estágio teve ainda como objetivo:

OBJETIVO 3 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar ao doente cirúrgico, através da elaboração de um guia orientador para o regresso a casa, acerca dos cuidados a ter com ferida cirúrgica.

Sabemos por Boughton e Halliday (2009), Cardoso (2011), Pereira (2013), Plank e Cavada (2012), que o internamento pode ser gerador de incerteza pois muitos doentes submetidos a cirurgia verbalizam, por exemplo, não saber se “irá correr bem” ou “como será a quimioterapia”, ou receiam a adaptação a uma nova realidade como o regresso a casa. Isto vai de encontro ao que Merle Mishel define como *quadro de estímulos* que vão condicionar a forma como a pessoa perspetiva a incerteza como uma oportunidade de readaptação. Pereira (2013), num estudo realizado em que foca o regresso a casa do ponto de vista dos prestadores de cuidados, aborda

a *incerteza* nos prestadores durante esta transição. Segundo esta autora “ a incerteza que alguns mantiveram face à situação da pessoa dependente no autocuidado, levou-os a não conseguirem antecipar as suas próprias necessidades de ajuda (...)” (2013, p.64). A minha experiência profissional na abordagem ao doente submetido a cirurgia ou com a descoberta de uma doença, muitos doentes e familiares referiram um sentimento de incerteza por não saber como iria ser o futuro. O que vai de encontro ao defendido por Mishel citado por Tomey e Aligood (2004, p.632) “ Ao longo da trajetória de uma doença contínua, a imprevisibilidade no início, a durabilidade e a intensidade dos sintomas tem sido relacionada com a incerteza observada”.

A intervenção de enfermagem referida por Merle Mishel, consiste em ajudar o indivíduo/família a incorporar o pensamento probabilístico constituindo uma *oportunidade de mudar a visão da vida* assumindo as possibilidades existentes, estruturando-as como uma força originária que se traduzem num pensamento otimista e adaptativo (ELPHEE, 2008). Desta forma, por exemplo, a intervenção de enfermagem na preparação para o regresso a casa do doente submetido a cirurgia, ajuda o doente a readaptar-se e interpretar uma nova realidade. Como resultado, possibilita ao doente lidar com a doença como uma oportunidade e uma redefinição, reformulando os seus objetivos. Aqui, o papel do enfermeiro consiste em ajudar o doente e família na transição do hospital para casa, criando condições para que possa desenvolver as suas capacidades (MELEIS,1997). Ao agir como agente facilitador, o enfermeiro aplica a sua capacidade de instruir, fomentado a autonomia do outro, dando-lhe capacidades para tomar a decisão de acordo com uma determinada problemática, trata-se de cuidar do doente, com uma intenção humanizante ajudando num percurso de vida (HESBEEN, 2000).

Diversos estudos apontam a transição do hospital para o domicílio como um momento de ansiedade por receio da *incerteza* e do desconhecido (MORAIS, 2010; PEREIRA, 2013). A experiência prática e a fundamentação teórica convergem na necessidade de criar “ferramentas” que as pessoas possam usar quando precisam.

A preparação do regresso a casa é uma área privilegiada da intervenção de enfermagem, e esta é de complementaridade à abordagem de outros profissionais de saúde, sublinhando o lugar privilegiado que tem na equipa, dado o tempo que está junto do doente. O enfermeiro especialista diferencia-se pela de prestar cuidados específicos. A natureza dos cuidados de enfermagem e as opções de documentação dos enfermeiros nos contextos da prática, evoca uma necessidade de reflexão acerca da preparação do regresso a casa (PEREIRA, 2013). Porque os internamentos são mais curtos, importa assegurar que a preparação da pessoa e da família capacita para a deteção de sinais e sintomas de infeção da ferida cirúrgica pois sabemos por Duarte e Martins que “esta atitude evita que o regresso a casa precoce se constitua como um fator predisponente deste tipo de infeção, bem como previne o sofrimento e o aumento dos custos económicos associados ao tratamento da infeção em si própria e aos internamentos

recorrentes” (2014, p.111).

Tendo em conta que um instrumento de ensinos não é a finitude de intervenção de enfermagem, mas conceptualizando-o como um foco de intervenção, considerei pertinente trabalhar esta área junto das pessoas e familiares na instituição, de modo a desenvolver um programa de ensinos durante o internamento, que ajudasse na preparação do regresso a casa. Para tal, foi discutido a sua pertinência com o núcleo do GCL-PPCIRA e com a enfermeira Coordenadora da área da formação, que aprovou a implementação do instrumento de ensino acerca dos cuidados pós alta ao doente submetido a cirurgia abdominal com ferida cirúrgica, foi com agrado que rececionei a vontade de formalização do mesmo, de forma ser introduzido na base de dados hospitalar como protocolo da instituição.

Com a construção do **instrumento de ensino ao doente/cuidador acerca dos cuidados pós alta com a ferida cirúrgica, no doente submetido a cirurgia abdominal** (APÊNDICE 2), pretendeu-se orientar os enfermeiros numa intervenção estruturada acerca dos conteúdos a transmitir, garantindo a continuidade dos cuidados e da informação e, simultaneamente, ser um instrumento de apoio ao doente e familiares ao qual pudessem recorrer no domicílio, em caso de dúvidas. Este instrumento visa ir de encontro a algumas necessidades referidas pelos doentes e identificados na revisão integrativa da literatura realizada (capítulo 1), onde se sublinha como necessidade, a informação acerca dos cuidados a ter com a ferida cirúrgica e complicações pós cirúrgicas (WILLIAMS, 2007; MCMURRAY *et al*, 2007; BOUGHTON e HALLIDAY, 2009; YIU *et al*, 2010; UZUN *et al*, 2011; LITHNER *et al* 2011; BERNARD E FOSS, 2014). O instrumento de ensino tem a função de orientação no domicílio e de consulta pois muitas vezes a ansiedade e incerteza face à alta pode traduzir-se na dificuldade de interiorização da informação transmitida e na operacionalização dos ensinos no domicílio (HANSEN, 2012). Contudo, não substitui a relação estabelecida com o outro na qual é validada a aprendizagem face a esta temática. Tal como refere Phaneuf “a comunicação é uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem” (2005, p.15). O estabelecimento de uma comunicação eficaz é um contributo para a diminuição da ansiedade e do medo da doença e concomitantemente do internamento, fortalecendo também a relação de ajuda (SOUSA, FIGUEIREDO E CERQUEIRA, 2006).

A evolução do sistema de saúde, com internamentos mais curtos e articulação com outras instituições fazem emergir uma atuação dirigida e fundamentada (POMPEO *et al*, 2007). O acompanhamento dado desde o momento da admissão do doente na instituição até ao momento da alta é importante. Este instrumento de ensinos veio dar resposta a uma das competências do enfermeiro especialista que “Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Para validação dos ensinos, foi construída uma **Check-list de orientação dos ensinos**

realizados ao doente cirúrgico durante o internamento (APÊNDICE 3), que tem como objetivo documentar e orientar a aprendizagem pelo doente/família antes de sair do hospital, permitindo desta forma validar os ensinamentos realizados durante o internamento.

Neste estágio tive oportunidade de participar ativamente no processo de tomada de decisão em controlo de infeção, adequando esses conhecimentos na minha prática clínica. Otimizando oportunidades de melhoria dos cuidados de enfermagem, foi proposto a elaboração de uma checklist de forma a criar indicadores de avaliação que permitam, que através da sua aplicação, adotar medidas que visem a segurança do doente. Considero que, tendo em conta a fundamentação científica acerca das ILC, este constitui uma ponte para o ensino ao doente/família no período pós-operatório, no âmbito da estruturação de ensinamentos que facilitem a adaptação a uma nova etapa de vida.

2.3. - MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Os Serviços de Urgência Geral (SUG) têm na sua finalidade dar resposta a pessoas em situação urgente ou emergente proporcionando um tratamento eficaz, eficiente e equitativo. Neste contexto de prestação de cuidados torna-se importante clarificar dois conceitos: situações de urgência que *“são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”* e situações de emergência que *“são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”* (DGS, 2001, p. 7).

O SUG onde estagiei é uma urgência médico-cirúrgica, em sequência da obrigação contratual com o Estado Português, integrando a rede nacional de urgências hospitalares. Trata-se de um serviço dotado de recursos humanos e técnicos que permitem a abordagem aos doentes emergentes ou urgentes, assim como a sua estabilização inicial para posterior transferência para outras unidades clínicas, caso não se enquadre no perfil de resposta para o qual foi destinado, como é o caso da abordagem ao doente com síndrome coronária aguda ou doente politraumatizado.

A estrutura do SUG compreende diversas áreas de atendimento, de acordo com a gravidade clínica dos doentes e articula-se com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Todos os doentes que recorrem ao SUG são submetidos a triagem e a avaliação médica sendo que a abordagem inicial é feita através da triagem de Manchester. O SUG apresenta a via verde sépsis, a via verde doente crítico, a via verde toracalgia e a via verde Acidente Vascular Cerebral (AVC). As vias verdes são uma estratégia organizada para a abordagem e encaminhamento de situações clínicas mais frequentes e graves. Uma vez ativada, o doente

entra de imediato na sala de reanimação, permitindo desencadear de imediato pedidos de exames complementares e intervenção precoce. Estes protocolos permitem um atendimento atempado destes doentes, assegurando um tempo de reposta adequado às necessidades de cada um.

De seguida serão apresentados os objetivos específicos delineados neste contexto de estágio e explanadas as atividades para lhes dar consecução, assim como irei proceder a uma reflexão sobre a prática:

Objetivo geral: Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica/família no serviço de urgência.

O processo de integração no SUG decorreu de forma progressiva através da apresentação da estrutura funcional/física no serviço e colaboração na prestação de cuidados. A integração no serviço foi facilitada por ter conhecimento prévio de procedimentos como o transporte de doentes, normas de funcionamento de outros serviços como a unidade de cuidados intensivos, serviços farmacêuticos ou radiologia, possibilitando que me disponibilizasse de uma forma mais rápida a outros aspetos inerentes e específicos do serviço de urgência e que diferem do serviço de internamento, facilitando, por isso, o desenvolvimento de competências.

O facto de desempenhar funções neste hospital, num serviço de internamento cirúrgico facilitou este processo pois os sistemas de informação são os mesmos e os protocolos hospitalares são uniformizados por todos os serviços. Por exemplo, o carro de urgência tem a mesma apresentação, o mesmo tipo e número de fármacos, o que permite que qualquer profissional, independentemente do serviço onde está, consiga recorrer ao carro de urgência como se fosse o mesmo para todos os serviços.

A admissão do doente no SUG é realizado através da triagem que constitui muitas vezes o primeiro contacto entre o enfermeiro e o doente/família. A ida à urgência pode alimentar o medo da possibilidade de internamento (SERRA, 2005), pelo que a primeira abordagem do doente no serviço de urgência deve ser tranquilizadora, personalizada, identificando as necessidades, de forma a gerir a “*incerteza sob a forma como os processos se desenvolverão*” (SERRA, 2005, p.54). Neste primeiro contato, constatei a preocupação dos enfermeiros em encorajar os familiares a estarem presentes ou darem orientações acerca dos locais onde se deveriam dirigir, o que vai ao encontro ao que MARTINS *et al* (2008, p.2), quando referem que “*atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a co-responsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro (...) são ingredientes básicos para efetivar o acolhimento.*”

O objetivo do *Sistema de Triagem de Manchester* é atribuir prioridades de atendimento aos

doentes. Assim, a cor atribuída define o critério de gravidade daquele doente, de uma forma objetiva e sistematizada, estabelece ainda o tempo em que o doente deve ser atendido e o tempo recomendável para que seja observado pelos profissionais de saúde. Este sistema define cinco categorias que vai desde o vermelho, laranja, amarelo, verde e azul sendo atribuídos a cada um deles o tempo de atendimento de 0 min até 240 min, respetivamente. O facto de não ter experiência no serviço de urgência a nível profissional ou académico, fez com que este fosse o primeiro contacto com este sistema, que se constituiu uma resposta protocolada pelo Ministério da Saúde, em que definia que todos os serviços de urgência deveriam ter um sistema que permitisse triar de acordo com prioridades. De alguma forma, a concepção deste sistema apoia a tomada de decisão clínica do enfermeiro (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

Os aspetos supracitados apresentam especial relevância, quando são atendidos cerca de 300/400 doentes por dia, segundo a informação informal dos profissionais que lá trabalham. Muitos doentes que foram triados apresentavam sintomatologia de carácter não urgente e que poderia ser abordada em serviços de urgência não diferenciados, informação suportada por Campos (2014), o que me fez questionar acerca da percentagem de doentes que se dirigem ao serviço de urgência por não apresentarem ou desconhecerem alternativas para a sua situação clínica. Com efeito, muitos doentes recorrem ao serviço de urgência hospitalar pelo facto de estar aberto 24h e, desta forma, constituir um recurso no horário pós laboral (SILVA, 2007). Outras razões são, de acordo com o mesmo autor, os serviços de urgência hospitalar terem atendimento garantido mesmo que a pessoa não tenha possibilidade de pagar a taxa moderadora, de ser atendido em horas e a presença de médicos de diferentes especialidades, muitas vezes não contempladas noutra tipo de urgências. Segundo o referido autor, 70% das situações clínicas não necessitam de atendimento em serviço de urgência. Por esta razão, o risco de diluição de casos efetivamente urgentes, pode conduzir à não deteção precoce de situações de gravidade. Neste sentido, o olhar perito do enfermeiro carece ainda de uma maior importância para identificar precocemente qualquer alteração, devendo demonstrar um alto nível de decisão clínica (OE, 2010).

A dinâmica do serviço de urgência exige um investimento pessoal e profissional, pelo seu carácter ambivalente e simultaneamente específico, local onde é esperada uma resposta efetiva. O enfermeiro deve ser dotado de competências em reanimação, em SAV, no transporte do doente crítico, na abordagem ao doente ventilado, na área da comunicação e ética...entre tantas outras (MATSUMOTO, 2008; VEIGA *et al*, 2009).

No serviço de urgência, o domínio aprofundado de saberes, a capacidade de observação e análise, assim como lidar com o imprevisto com vista a estabelecer prioridades em situações críticas e, não menos importantes, todas as capacidades comunicacionais adjacentes, são características específicas que contribuirão para o desenvolvimento de competências. Ao refletir sobre esta questão, considero que mesmo o enfermeiro mais dotado de conhecimento

técnico será incompleto sem o desenvolvimento da capacidade de estar em relação com a pessoa doente. Tal como afirma Vieira (2012), ser enfermeiro vai para além da “vocação do cuidar”, ser portador dos mais inequívocos conhecimentos científicos por si só não é suficiente.

Ao longo do estágio, à medida que me familiarizava com o funcionamento do serviço e com a equipa, fui adquirindo autonomia. Foi com grande reconhecimento que me vi parte integrante da equipa na abordagem ao doente urgente/emergente assegurando cuidados imediatos de primeira linha na sala de reanimação. Senti que era um elemento da equipa, o que facilitou a partilha de pareceres acerca de diversas situações que fui detetando, promovendo a melhoria e cuidados e a mudança de comportamento.

Por ter ficado a desempenhar funções na GCL-PPCIRA, após o término do estágio, senti que muitas vezes recorriam da minha experiência para gerir problemas que surgiam nesta área. Também pelo facto de ter acompanhado todo o processo de abertura do hospital e de ter acompanhado as evoluções internas, aliado ao investimento de frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e dado conhecer grande parte dos protocolos profissionais instituídos, fez com que muitas vezes me abordassem para perceberem se tomavam a decisão em conformidade.

A estrutura física do serviço de urgência ainda é insuficiente tendo em conta a população abrangida, o que conduziu a uma necessidade de reorganização da estrutura do serviço, para ser adaptada ao elevado fluxo de doentes. Os serviços de urgência estão sobrelotados e, apesar da tentativa de usar meios como o uso de cortinas na individualização de espaços, facilmente o direito à privacidade é invadido (SILVA, 2007). O acesso à informação é restrito, mas não é incomum o doente ser questionado acerca da sua história clínica, quando outro doente está a ouvir este tipo de informação. No entanto, constituiu uma surpresa positiva a não existência de macas nos corredores, havendo a preocupação em gerir o espaço e a mobilização de doentes com critérios de transferência para o internamento.

O campo de intervenção de enfermagem é muitas vezes analisado exclusivamente do ponto de vista técnico. Cada vez mais se reconhece outras necessidades de abordagem ao doente, muitas vezes condicionadas pelo elevado fluxo de doentes. Uma das estratégias adotada pelo serviço de urgência, que considero que deve ser um exemplo para outras unidades, é a existência de um enfermeiro de referência que intervém sobretudo na gestão da informação e junto dos familiares. Constatei que esta intervenção ajuda na gestão da incerteza face a um momento angustiante pelos doentes e familiares.

A visão associada à teoria da incerteza na doença de Merle Mishel realça a necessidade de refletir acerca das intervenções de enfermagem com o intuito de ajudar o doente/família a lidarem com a incerteza, inevitavelmente presente (PENEFF, 2002). Muitos familiares referiam

estar ansiosos com a incerteza face à possibilidade de internamento e presença no hospital (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Neste serviço, a preocupação com a informação que a família tem é uma constante. Por exemplo, durante muitas experiências que tive no Serviço de Observação e sala de reanimação, o enfermeiro e o médico saíram para informar a família. Por outro lado, trabalhar com a família o impacto da doença no sistema família e da alteração da imagem do doente, com fios e monitores, foi um desafio. As situações mais problemáticas estiveram relacionadas com doentes ventilados em que gerir este primeiro impacto não é fácil. Houve sempre a preocupação de receber os familiares antes de terem o primeiro contato com o doente de forma a minimizar este impacto. Tal como refere Phaneuf (2005), as competências relacionais são fundamentais para valorizar todo o processo comunicacional com o doente/família pois é através da relação que o enfermeiro intervém.

O funcionamento da equipa interdisciplinar é fundamental. Por exemplo, era o administrativo que perguntava ao enfermeiro se os familiares podiam entrar. A entrada era sempre permitida, mas esta questão permitia ao enfermeiro estar desde o primeiro momento com a família. Outra das estratégias que encontrei, pois muitos doentes demonstravam níveis de ansiedade para falar com familiares, foi ligar diretamente aos mesmos. Verifiquei que esta estratégia já é usada por muitos enfermeiros, permitindo o estabelecimento de uma relação de confiança desde o primeiro momento.

Na continuidade do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados é de referir que os turnos na sala de observações e sala de reanimação, constituíram experiências valiosas na abordagem ao doente/família em situação crítica. Foram muito diversas as oportunidades clínicas de aprendizagem e aquisição de competências. A variedade e imprevisibilidade de situação possibilitou trabalhar a minha capacidade adaptativa. Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes que foram admitidos na sala de reanimação em choque, doentes com convulsão, doentes politraumatizados, doentes com síndrome coronário agudo, doentes com AVC ou com edema agudo do pulmão. Tive ainda oportunidade de prestar cuidados ao doente ventilado sob suporte de aminas, realizar transporte do doente crítico, atuar em doentes com ritmos peri-paragem. Intervir nestas situações clínicas permitiram que desenvolvesse uma metodologia de trabalho adequada a cada situação e, permitiram aprofundar conhecimentos na área de especialização médico-cirúrgica.

Num dos turnos que realizei, recebemos uma doente vítima de atropelamento, transportada pelos bombeiros. À chegada com respiração superficial, com anisocória e na avaliação do estado de consciência com glasgow de 3. Puncionei acesso venoso e procedi à colheita de produtos para análises; colaborei na administração de material para entubação traqueal; colaborei na administração de fármacos, na algaliação, na imobilização em plano duro, transporte para TAC, vigilância na deteção de sinais precoces como valores hemodinâmicos e de alteração clínica, entre outros. Foi muito gratificante, sentir que na admissão dos doentes

contavam com a minha colaboração, integrando a prestação direta de cuidados.

Após estabilização hemodinâmica do doente na sala de reanimação, torna-se indispensável a sua deslocação para ser submetida a meios complementares de diagnóstico. É importante avaliar as necessidades do doente em termos de recursos: humanos, materiais e equipamentos, de forma a garantir as condições de segurança. A transferência destes doentes deve ser planeada de forma a prevenir lesões, pelo que o transporte e abordagem ao doente politraumatizado foi uma experiência exigente. Não tendo experiência nesta área, procurei acompanhar sempre estes doentes pelo seu grau de complexidade e especificidade. Tive oportunidade de desenvolver competência na transferência destes doentes com os enfermeiros do SUG, preparando o transporte, fazendo imobilização cervical e na transferência da doente. Considerei fundamental a ajuda dos enfermeiros da unidade, que com a sua experiência e olhar perito me orientaram nesta abordagem complexa. Conhecer a equipa, localização de material e lidar com diversas situações aumentou a minha capacidade de agir de uma forma mais eficaz junto do doente e da equipa. Considero que foi fundamental esta experiência e que mais uma vez me fez refletir a importância de um líder nestas situações de forma a otimizar os cuidados. A reflexão posterior com enfermeiro orientador foi fundamental para compreender e sistematizar conhecimentos.

De acordo com Tavares (2010), o doente idoso no serviço de urgência exige uma maior consciencialização, competência e elevado nível de habilidade dos profissionais. A abordagem do doente idoso constitui uma meta de intervenção nos hospitais, pois de acordo com CABETE (2005), existe uma proporcionalidade direta entre o aumento da idade e a doença. A minha experiência profissional tem-me demonstrado que o envelhecimento da população, a polimedicação, as múltiplas patologias, a situação social muitas vezes associadas ao isolamento condiciona a abordagem ao doente idoso (CABETE, 2005). A experiência de estágio no serviço de urgência reforçou o meu interesse nesta área, tive vários casos em que a articulação com os cuidadores informais se traduziu numa intervenção precoce. Considero que é uma problemática atual, em que a patologia crónica com períodos de agudização favorece a ida o serviço de urgência e reinternamento. Numa fase de agravamento, a família desprevenida tem necessidade de se readaptar rapidamente, sem muitas vezes ter meios para tal. Sentimentos de ansiedade e medo podem ocorrer (SILVA, 2007).

Também as situações do doente em fim de vida no serviço de urgência, em que após decisão de não reanimar, dar conforto e dignidade ao doente e família é um dos princípios ético-legais que sustentam o código deontológico. Trata-se de uma linha, muitas vezes ténue dirigido ao melhor interesse da pessoa. Parece “antídoto” aos serviços de urgência em que os profissionais tendem a sobrevalorizar técnicas (VEIGA *et al*, 2009). Segundo este autor, o número crescente de doentes em fase final de vida e a pouca tendência para estabelecer relação de ajuda, conduzem a uma etapa solitária por parte do doente. Os cuidados de enfermagem residem na manutenção da qualidade de vida, eliminando sofrimentos inúteis, juntando “vida aos dias e não

dias à vida” (PACHECO, 2002, p.32). Esta preocupação na avaliação estava presente e houve sempre a preocupação de alocar o doente, muitas vezes em quarto individual de forma a respeitar a dignidade da pessoa neste momento. Proteger e respeitar a dignidade da pessoa é um princípio fundamental da profissão de Enfermagem e, conforme dispõe o n.º 1 do Artigo 78º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Também a alínea a) do Artigo 88º do Código Deontológico determina que o enfermeiro deve procurar, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”. Foi sensibilizada a equipa de enfermagem para alternativas como formação dos profissionais nesta área que tenham um papel ativo não só a nível dos serviços mas também a nível hospitalar. Esta é uma área que carece de uma reformulação nos serviços de urgência, a formulação de equipas com elementos de referência na equipa multidisciplinar pode ajudar na aplicação das melhores práticas na abordagem a estes doentes. Tendo em conta que o número elevado de doentes com doença prolongada, em fim de vida no serviço de urgência, carece de uma articulação atempada com outros serviços hospitalares e da comunidade, que respondam às necessidades destes doentes/famílias. Tal como refere Silva (2006), a resposta ao número elevado de doentes no serviço de urgência está na comunidade.

A competência desenvolvida em experiências profissionais anteriores permitiu-me aplicar e desenvolver técnicas de comunicação com o doente e com a família, abordando situações complexas. Uma das situações que vivenciei foi de uma doente com 40 anos que deu entrada na sala de reanimação acompanhada pelos tripulantes da Viatura Médica de Emergência Reanimação (VMER). Tinha sido encontrada pelo marido em casa, após uma indisposição súbita, em que foi o ruído da queda que o alertou. Ligou para o 112 e deram-lhe indicações de como realizar suporte básico de vida até chegada de ajuda. Na admissão na sala de reanimação, vinha com entubação orotraqueal, pálida e fria. Acolhemos a D. M. Com prognóstico reservado, foi comunicada a situação aos familiares. Ao entrarem na sala, o marido e o pai, demonstraram o sentimento de desespero e incerteza perante a situação. Acompanhei-os até uma sala e utilizei estratégias de comunicação e de gestão da *incerteza*, acompanhando-os numa fase em que sabia que as próximas horas seriam ainda mais difíceis. Um sentimento que me fez questionar o que fazemos enquanto enfermeiros e porque o fazemos. Esta situação teve um grande impacto porque “às vezes morrem doente, às vezes morrem-me doentes” (MARGARIDA VIEIRA)². A capacidade para lidar com situações complexas é fundamental (OE, 2010), contudo há sempre situações que nos fazem questionar acerca do que as pessoas esperam dos enfermeiros pois “a enfermagem tem uma dimensão moral que se constitui pelo facto de a profissão ter um mandato social, ou seja, de a sociedade esperar alguma coisa dos enfermeiros” (...) “e entende-se que pessoas verdadeiramente competentes agem a partir dos processos do pensamento” (NUNES, 2010, p.66).

² Citação escutada em sala de aula.

OBJETIVO 1- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica/família na abordagem ao doente emergente, em contexto pré-hospitalar, na VMER.

O conceito de emergência médica pré-hospitalar é pluridisciplinar e reúne a atuação de diversos meios humanos e materiais, que exigem uma adequada coordenação de modo a que todo o sistema seja eficaz e eficiente de forma a preservar e minimizar as consequências para a vítima e para a comunidade. Trata-se de uma alteração súbita do estado de saúde ou grave complicação de uma doença que exige cuidados médicos urgentes” (MATEUS, 2007, p. 101)

Durante o estágio, foram realizados 4 turnos na VMER, o número de turnos autorizados pelo hospital. No primeiro contacto foi explicada a estrutura física do serviço e alguns protocolos existentes. Acompanhei médico e enfermeiro, colaborando na prestação de cuidados e, a partir do segundo turno, tive também a oportunidade de participar na tomada de decisão face à abordagem clínica e encaminhamento do doente. Foi uma experiência que me fez refletir acerca do contexto em que as emergências hospitalares acontecem e na angústia, ansiedade e incerteza dos doentes e familiares face a um acontecimento inesperado.

O exercício de enfermagem pré-hospitalar reveste-se de algumas particularidades pois é bastante complexo. Fatores como a gravidade, a imprevisibilidade, a prestação de cuidados em meio não institucional, a distância a meios mais diferenciados e a tomada de decisão contribuem para uma intervenção específica (TOMÁS, 2009). Aqui também tive oportunidade de participar na organização e gestão do serviço, a reposição das malas e validação do prazo de validade da medicação administrada. Sentir-me recebida como membro da equipa, foi facilitador para refletir acerca da prática, realçando os aspetos positivos e menos positivos realizado após cada ativação.

Neste curto período de tempo, fui confrontada com várias causas de ativação VMER, entre as quais doentes com: síndrome coronário agudo, edema agudo do pulmão, descompensação metabólica, convulsão, entre outros. As maiores dificuldades que senti estiveram relacionadas com o espaço reduzido em que esta acondicionado o material. Em muitas situações, abordei o doente em locais de difícil acesso devido a estrutura física das habitações, onde realizar procedimentos urgentes tornou-se um desafio, pois as condições de segurança não podem ser descuradas. Senti também a necessidade de ter que atuar de imediato e de estabelecer prioridades de ação e para tal, recorri a competências adquiridas anteriormente. Nunes (2007, p.9) clarifica quando diz que “tomar a decisão mais adequada na presença de situações complexas nem sempre é fácil (...) a falta de dados e o tempo disponível são dois fatores que interferem na tomada de decisão clínica”. Considero que, como futura enfermeira especialista, o pensamento crítico é o pilar que se exige na tomada de decisão, que deverá ir mais além de atos rotineiros. O pensamento reflexivo deve ser prático constante do enfermeiro especialista

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Nesta curta experiência na VMER, a presença dos cuidadores foi sempre importante para conseguir efetivar a ajuda. Contudo, muitas vezes, a abordagem ao doente emergente, senti que deveria haver uma pessoa para apoiar apenas o familiar. Ver o familiar numa situação frágil, cria ansiedade e incerteza face a um novo acontecimento inesperado em que a pessoa tem dificuldade em adaptar-se (TOMEY, 2004). O cuidado está associado à atenção dada a alguém, ou a alguma coisa que proporcione o bem-estar da pessoa, baseia-se “na atenção de si próprio ao outro, a um objeto ou à tarefa que se está a realizar” (HESBEEN, 2010, p.9).

OBJETIVO 2- Desenvolver competências de intervenção perante uma situação de catástrofe/ emergência multi-vítima, através da participação num simulacro promovido pelo hospital.

O hospital onde desenvolvi os estágios, acreditado pela Joint Commission International, possui um plano de emergência interno que dá resposta às exigências nacionais e internacionais em situação de catástrofe. De acordo com a DGS (2010), num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, as instituições devem ter uma resposta estruturada em contexto de crise, ou seja, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes.

Num dos dias de estágio tive oportunidade de assistir a um simulacro que abordou uma situação de acidente com um número elevado de vítimas, situação desconhecida pelos participantes envolvidos. Aqui acidente é considerado todo o “acontecimento inusitado (provocado por ação do homem ou da natureza), com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir pessoas e outros seres vivos, os bens e o ambiente” (Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei Nº 27/2006).

Este simulacro decorreu em tempo real, ou seja, o serviço de urgência manteve o seu funcionamento habitual. Fui destacada para as áreas laranjas e amarelos, onde os doentes davam entrada após a triagem. O objetivo seria aplicar as medidas definidas internamente e refletir acerca dos pontos a melhorar, interiorizar procedimentos e aplicar os conhecimentos adquiridos em formação fornecido a nível hospitalar. A dificuldade de receber as vítimas, a maior parte politraumatizados, fez-me interrogar acerca da importância de recursos humanos especializados nesta área. O tempo de resposta deve ser rápido e eficaz e a comunicação entre os elementos determina a funcionalidade do processo. Optámos de imediato por ter uma pessoa a coordenar, papel atribuído a uma colega que desempenhava funções no INEM e tinha alguns anos de experiência em urgência.

Neste contexto, foi-me dada oportunidade de realizar triagem secundária. Cada vítima foi identificada com um número na pulseira na triagem primária que era igual ao do processo. Neste, constavam requisições de análises/exames, instrumento de registo de enfermagem e médico.

A Triagem secundária baseia-se no Triage Revised Trauma Score (TRTS) e consiste na obtenção de três indicadores: Frequência Respiratória, estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. A pontuação da TRTS é igual à soma da Frequência Respiratória, da Tensão Arterial Sistólica e da Escala de Coma de Glasgow, codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS de 0 a 12 pontos (INEM, 2012). No âmbito da especialidade médico-cirúrgica, na abordagem ao doente crítico, a situação de catástrofe envolve conhecimentos específicos na abordagem e dinamização dos serviços, pelo que a participação no simulacro permitiu-me desenvolver competências acerca dos processos de tomada de decisão, interiorização de normas e protocolos de atuação e planejar intervenções direcionadas às necessidades das vítimas atribuindo graus de urgência.

OBJETIVO 3 - Desenvolver competências na área de Prevenção/intervenção em surtos, particularmente, no risco de surto por vírus ébola.

No decurso do estágio na GCL-PPCIRA, tive oportunidade de acompanhar a fase inicial da propagação do vírus ébola. O surto internacional deste vírus tornou-se uma fonte de preocupação mundial. O vírus ébola tem no ser humano uma letalidade de 25% a 90% e é uma das causas de febres hemorrágicas virais (DGS, 2014). Foram desenvolvidas estratégias a nível nacional para assegurar protocolos que garantam a segurança das populações. No hospital onde desenvolvi os estágios, foram desenvolvidos protocolos numa fase muito precoce e têm sido atualizados de acordo com as *guidelines* nacionais/internacionais, adaptando-as ao funcionamento e estrutura física do hospital. Pelo facto de ter ficado a desempenhar funções na GCL-PPCIRA e acompanhar os protocolos desenvolvidos, os conhecimentos adquiridos nesta área permitiram-me contribuir para definir estratégias num problema atual e complexo. Tal como refere Paiva (2004) o exercício da autonomia profissional implica tomar decisões: identificando as necessidades de cuidados de enfermagem e planeando as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Esta competência adquirida articula-se com a tomada de decisões fundamentadas atendendo à evidência científica, articulando com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Em articulação com a GCL-PPCIRA foram feitas simulações em tempo real da aplicação dos procedimentos elaborados com equipa médica e auxiliares (vestir fato, despír fato, descontaminação ambiental) e feita a análise de pontos que podem ser melhorados ou simplesmente o treino dos profissionais. Trata-se de uma situação de alto risco de

contaminação, em que a repetição de procedimentos ajuda na interiorização e diminui a probabilidade de erro humano em contexto real. Para além deste treino, foi discutida a construção de KITS com material de descontaminação já preparado para uso e sugerido a realização de dossier para acompanhar o enfermeiro chefe de equipa do serviço de urgência e o enfermeiro de coordenação do hospital. Tratam-se de procedimentos complexos em que a centralização de informação diminui a ocorrência de erro, margem muito pequena para o vírus tão contagioso como o ébola.

A ansiedade dos profissionais perante a possibilidade da existência de um caso suspeito era grande, tendo sido verbalizada o receio de errar num passo e poder comprometer a segurança individual, do hospital e da comunidade. A intervenção junto da equipa na orientação de uma gestão complexa, conferiu-me competência na área de gestão de surtos. Houve necessidade de readaptar normas que eram divulgadas periodicamente pela DGS e que implicou a participação em reuniões frequentes com os membros da GCL-PPCIRA e do enfermeiro chefe do serviço de urgência. As competências adquiridas no estágio da GCL-PPCIRA, permitiu-me repensar circuitos tendo em conta a estrutura física do serviço de urgência. Para tal, foi tido em conta o fluxo de doentes e o local de admissão. Aqui todos os aspetos se constituem importantes, desde a integração do enfermeiro de gestão de camas até ao local onde estaria acondicionado o material em caso de haver um caso suspeito.

Durante a análise do circuito em que o doente teria acesso ao SUG, refleti acerca da tomada de decisão face a aspetos com caráter ético, como se o doente estiver com hemorragia, intervir ou não intervir? Quais os riscos – benefícios para o profissional e para o doente, assim como o risco de disseminação de um vírus com uma letalidade como há poucos na história mundial. A reformulação dos protocolos implicou articulação com a DGS, de forma a ajudar os profissionais na tomada de decisão. A análise destes documentos exigiu de mim, uma capacidade crítica e de antecipação face aos riscos. Considero que as competências adquiridas ao longo da minha experiência profissional e no estágio da GCL-PPCIRA contribuíram para a fundamentação de decisões, desenvolvendo a minha capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.³

OBJETIVO 4 - Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar ao doente cirúrgico, através da elaboração de um guia orientador de ensino a realizar ao doente/família no regresso a casa, acerca dos cuidados a ter com ferida cirúrgica/penso com vácuo/pensos com drenos.

Este objetivo dá continuidade ao definido no estágio na GCL-PPCIRA. Os instrumentos de

³ Por sigilo profissional, os protocolos de intervenção num caso suspeito de doente com vírus ébola, não serão anexados no relatório.

ensinos realizados encontram-se no APÊNDICE 4 e no APÊNDICE 5.

Como enfermeira, considero que a intervenção especializada quer seja no serviço de urgência, quer seja no internamento, se traduz como essencial na preparação do regresso a casa. Esta é uma área em que me tenho investido, sendo que a experiência deste estágio veio enriquecer a fundamentação teórica das perspetivas e das dificuldades sentidas pelos doentes e familiares no domicílio. O profissional detém a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar atividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa. *“Os executantes (os que operam) são diferentes dos profissionais. Pois que o profissionalismo vai além de ter domínio de conhecimentos – relaciona-se também com esquemas e processos de percepção, análise, decisão, planeamento e avaliação que permitam mobilizar os conhecimentos ao serviço (e em benefício da resolução) de uma determinada situação”* (NUNES, 2010, p.4)

Através da realização da revisão integrativa da literatura confirmei que algumas conclusões desses estudos iam de encontro à dada minha experiência profissional. De facto, é privilegiada a abordagem ao cuidado físico, que apesar de também ser importante não deve excluir os aspetos sociais ou espirituais da pessoa. De forma a ir de encontro a uma necessidade identificada nos estudos da revisão, a necessidade de deter um complemento escrito dos ensinamentos realizados verbalmente, foi proposto, a inclusão do plano de ensinamentos ao doente cirúrgico/cuidador, elaborado no estágio anterior, nos sistemas de informação hospitalar. Uma vez que trabalho no internamento de cirurgia, em que alguns doentes têm alta com penso de vácuo ou penso com dreno, foi proposto a elaboração de um guia de ensino a ser incluído no sistema informático de forma a ser um complemento nos ensinamentos de enfermagem e nas necessidades manifestadas pelos doentes no serviço de urgência.

Para desenvolver este instrumento, procedi a reuniões com o enfermeiro chefe do serviço de urgência, acedendo aos conteúdos de preparação para a alta já existentes nos sistemas de informação. Foi também abordada esta temática junto dos enfermeiros, onde foi manifestada a necessidade de uniformização da informação transmitida ao doente/família quando regressam ao domicílio, após recorrerem ao SUG. Fundamentei a construção destes instrumentos em pesquisa bibliográfica acerca da abordagem do doente com dreno e com penso de vácuo.

Pelo atrás referido, durante o estágio, procurei demonstrar uma atitude pró-ativa que facilitasse o percurso de aprendizagem, a aquisição de conhecimentos e pesquisa constante, permitiram-me demonstrar segurança na intervenção junto dos doentes no SUG. A experiência do enfermeiro tutor foi uma mais-valia pois ajudou-me a refletir na intervenção enquanto futura especialista junto do doente crítico.

3 – CONCLUSÃO

Com a realização deste relatório, através de um processo de reflexão, pesquisa bibliográfica para fundamentação e ganho de competências na prestação de cuidados, foi possível completar o meu processo de aquisição de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto, com especial foco no doente em estado crítico.

A análise reflexiva e de situações vividas em contexto de estágio e ao longo da minha vida profissional, aliada à capacidade de interrogar e refletir acerca da prática, considero ter atingido os objetivos propostos. Alcancei as metas definidas inicialmente no projeto de estágio, mediante a análise e descrição dos objetivos traçados, promovendo o meu processo de reflexão acerca das competências atingidas como enfermeira especialista, com vista à mudança de práticas e comportamentos, baseados na evidência científica.

A procura constante de fundamentação científica integrou e facilitou o processo de tomada de decisão face à prestação de cuidados ao doente e família perante o processo de saúde/doença, no âmbito da responsabilidade ética e legal. Aprofundei diversas temáticas no âmbito da melhoria contínua dos cuidados, que contribuíram para o processo de desenvolvimento profissional.

O enfermeiro especialista apresenta um conhecimento aprofundado de um domínio específico da enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Considero que com as atividades, no âmbito da formação e gestão de protocolos desenvolvidas, poderei no futuro assumir um papel de orientação, liderança e assumir a responsabilidade de aprofundar e fundamentar intervenções com base científica que permita melhorar a prática da enfermagem. Foi com grande agrado que vi reconhecida a aquisição de competências na área do controlo de infeção, atribuído pela instituição ao realizar um convite para desempenhar funções como colaboradora na GCL-PPCIRA.

As atividades desenvolvidas responderam à aquisição de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, pois desempenhei um papel dinamizador, com iniciativa e reflexão acerca da prática clínica. Considero ter contribuído, através da evidência científica, para a construção de um instrumento de auditoria ao bloco operatório no âmbito da prevenção da infeção da ferida cirúrgica. Trabalhei indicadores internacionais, que contribuem para a melhoria dos cuidados. Este instrumento fará parte integrante do processo de auditorias interno a nível hospitalar.

Julgo que outros procedimentos como a revisão de procedimentos e protocolos na área de intervenção no caso suspeito/confirmado do doente com vírus ébola, denota a minha

capacidade de adaptação e de iniciativa. Orientando a tomada de decisão face a um caso suspeito, permitiu-me adquirir competências com avaliação funcional/estrutura/humanos, na prevenção de surtos.

Com a realização da revisão integrativa da literatura com o tema "Quais as necessidades no regresso a casa do doente submetido a cirurgia abdominal", aprofundi conhecimentos na área da fundamentação científica pois utilizei os dados dessa pesquisa para contribuir para a melhoria dos cuidados, ao realizar um instrumento de ensinos que pretende suprimir algumas das necessidades referenciadas pelos doentes no regresso a casa. Contribuí desta forma para otimização das práticas e ganhos em saúde.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados que englobam um conhecimento qualificado pois exige um cuidado de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. Estes cuidados de enfermagem exigem um processo de análise e intervenção sistemática através da observação, colheita e procura contínua, de dados como campo de intervenção, e tem como objetivos prevenir e detetar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficaz. Tendo em conta que o doente enquanto pessoa vivência processos complexos de saúde-doença, compreende-se a necessidade de desenvolvimento de competências especializadas. Por este motivo, considero que como futura enfermeira especialista, adquiri competências, durante o estágio no SUG, para dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, na gestão de programas estruturados, bem como intervir na prevenção e controlo da infeção.

A prossecução destes objetivos permitiu-me analisar e refletir acerca das competências adquiridas ao longo deste percurso, o que contribuiu para a qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, sustentada pela prática baseada na evidência, enquanto condição *sine qua non* do Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A motivação foi uma constante. Terminei com uma frase muito referida por um doente de quem cuidei...

"Pelo sonho é que vamos, comovidos e mudos. Chegámos? Não chegamos? Haja ou não haja frutos, pelo sonho é que vamos"

Sebastião da Gama

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Deverick J. *et al* – Strategies to prevent surgical site infections in Acute Care Hospitals. SHEA/IDSA practice recommendation. **Infection Control and Hospital Epidemiology** [on line], Vol. 29, nº1 (Outubro 2008), p.51-61. [Consult. 24 Abril 2014]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.jstor.org/stable/10.10860/591064/>>

APÓSTOLO, João; GAMEIRO, Manuel - Referências onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em enfermagem: uma análise crítica. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol.2, nº1 (2005). p.30-38.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – **Práticas Recomendadas Para o Bloco Operatório**. Lisboa: Espaço gráfico, 2005.132 p. ISBN 972-9171-65-3

BARBOSA, Pedro; MARCACINE, Karla – Sistematização da assistência de enfermagem: uma contribuição para o processo de ensino- aprendizagem ao paciente e familiares. **Revista Nursing**. Brasil. ISSN141-582-6004 Vol.11, (2009), p. 26-27

BENNER, Patricia - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294p. ISBN:972-8535-97-X

BOUGHTON, Maureen; HALLIDAY, Lesley– **Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing care needs**. [on line], Vol. 33, nº1 (Agosto 2009), p.30-40. [Consult. 15 Maio 2014].Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebscohost.com>>.

CABETE, Dulce Gaspar- **O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas**. Loures: Lusociência, 2005. 175 p. ISBN 972-8383-89-4

CAMPOS, Luís- **Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência**. [on line], (2014), [Consult. 15 Janeiro2014]. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_4_Rede-de-urg%C3%A2ncias-no-PNS-2012-2016-v-3-11-2014-Luis-Campos.pdf

CASTRO, Cidália; VILELAS, José; BOTELHO, Maria – A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. In **Pensar Enfermagem**. [on line], Vol 15, nº2, 2º semestre (2011), p.41-59. [Consult. 15 Outubro 2014].Disponível em WWW: <URL:http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf>

COHEN, Stuart *et al* - Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). **Infection Control and hospital Epidemiology**. [on line], Vol.31, nº 5. (Maio 2010) p.431-455 [consult. 3 Julho 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/cdiff/Cohen-IDSA-SHEA-CDI-guidelines-2010.pdf>

COLLIÈRE, Marie- Françoise - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1989. 385p. ISBN: **9789727571093**

CORDEIRO, Ana - **Responsabilidade Profissional: Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados em Enfermagem**. 2009. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Bioética. [Em linha]. [consult. 8 Novembro 2014]. Em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2021/1/ulsd058734_Dissertacao%20Final_2009.pdf
<http://hdl.handle.net/10451/2021>.

CÔRTE-REAL, Isabel – Enfermagem em cuidados intensivos. **Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética**. Coimbra. nº 1,(Maio 2007), p.115-123

COSTA, Ana - Isolamento de doentes: Que direitos, que deveres? **Percursos**. [Em linha]. 2010, nº 17, (Julho- Setembro 2010), p. 14-20. Disponível em WWW: <URL [consult. 08 Novembro 2014]. <http://pt.scribd.com/doc/97271862/Percursos-n17#scribd>

COSTA, Cristina; SILVA, Maria; NORIEGA, Elena; GASPAS, Maria - **Vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde critérios para definição de infeções nos cuidados de saúde de agudos**. [Em linha]. (2009), [consult. 8 Julho de 2014]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>

COTRIM, Hortense - **Impacto do Cancro Coloretal no doente e cuidadores/família: implicações para o cuidar**. 2007, Porto. Tese de Doutoramento, [Em linha], [consult. 4 de Novembro de 2011]. Em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7231/2/Doutoramentoreform.pdf>

DELLINGE, Phillip *et al* - Campanha de sobrevivência à sepse: Diretrizes internacionais para tratamento de sepse grave e choque séptico: 2012. **Society of Critical Care Medicine e European Society of Intensive Care Medicine** [On Line], (2012), [consult. 08 Novembro de 2014] Disponível em: <http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/Guidelines-Portuguese.pdf>

DECRETO – LEI Nº 248/2009 **Diário da república I Série A** 184 (2009-09-22) 6761-6765

DECRETO-LEI n.º 104/98. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. (98-04-21) (Alterado e republicado pela Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro).

DECRETO-LEI n.º 161/96. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.** (96-09-04) (Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

DEODATO, Sérgio - **Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir.** Lisboa. Tese de Doutoramento, [Em linha], (2010) [consult. 03 de Julho de 2014]. Em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf

DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade profissional em enfermagem: Valoração da Sociedade.** Coimbra: Edições Almedina. 2008.194 p. ISBN: 978-972-40-3401-0.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Comissões de Controlo de Infeção.** [Em linha], Circular Normativa N.º 18 (2007) /DSQC/DSC de 15 de Outubro de 2007, (2007) [consult. 08 Julho 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>

DIREÇÃO GERAL da SAÚDE – **Prevenção da Infeção do local cirúrgico.** [Em linha]. Norma n.º 0240/2013. (2013).18 p. [consult. 08 Julho 2014]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/>

DIREÇÃO GERAL da SAÚDE – **Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos.** [Em linha]. Norma n.º 004/2013. (2013).9 p. [consult. 08 Novembro de 2014]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização.** 2008. Lisboa: Direção-Geral da Saúde [consult. 08 Julho 2014]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Doença por vírus Ébola. Procedimentos gerais. 2014.** Orientação n.º 012/2014 de 08 Agosto 2014 atualizada a 01/12/2014 Direção-Geral da Saúde [consult. 25 de Dezembro 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ebola.dgs.pt/documentos-dgs/normas-e-orientacoes.aspx>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um plano de emergência em Unidades de Saúde.** Orientação n.º 007/2010 de 06/10/2010 [Em linha]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4>

DUARTE, Ana; MARTINS, Olga – **Enfermagem em Bloco Operatório.** Lisboa. LIDEL. 2014. 208 p. ISBN: 978-972-757-959-4

ELPHEE, Erin - **Understanding the concept of uncertainty in patients with indolent lymphoma.** [On Line], Vol.35, n.º3 (Maio 2008), p.449-454.[consult. 08 de Abril de 2014]. Disponível em WWW: <URL <http://web.ebscohost.com;>

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER Advisory Panel- **Prevention and treatment of pressure ulcers**: Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel [Em linha], (2009) [consult. 10 Outubro 2014]. Disponível em: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf

FRAGATA, José - **Segurança dos doentes. Uma abordagem prática**. Porto: Lidel, 2011. 312p. ISBN:978-972-757-797-2

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – **Triagem no serviço de urgência**. Grupo de triagem de Manchester, 2ª Ed. Maio 2002

INEM - **Situação de exceção manual, versão 3.0**. [Em linha], 1ª Ed. (2012), [consult. 10 Dezembro 2014]. Disponível em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108172551542879.pdf>

HANSEN, Briff *et al* – Patient experiences uncertainty- a synthesis to guide nursing practice and research. **Journal of Nursing Management**. [On Line], (2002), p. 266-277 [consult. 14 Maio de 2014]. Disponível em WWW: <URL. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22380420>

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8

KÉROUAC, Suzanne [et al.] -**El pensamiento enfermero**. Barcelona: Elsevier Masson. 1994. 167 p. ISBN 84-458-0365-4

LEÇA, Ana; COSTA, Ana; SILVA, Maria; NORIEGA, Elena; GASPAR, Maria – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo Da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização**. Direção Geral de Saúde. [Em linha]. (2008). [Consultado 8 Julho 2014]. Disponível em WWW: <URL <http://www.anes.pt/files/documents/default/789600033.pdf>

LECOUR, Henrique – Infeção em Cuidados de Saúde – Perspetiva actual. **Cadernos de Saúde**. [Em linha], Vol.10, (2010), p. 17-25. [Consultado 8 Setembro 2014]. Disponível em WWW: <URL http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_3_Especial_Infeccao.pdf

Lei de Bases da Proteção Civil: Lei n.º 27/2006, de 3 de julho (Alterados os artigos 13.º, 16.º, 34.º, 39.º, 50.º, 53.º e revogados o n.º 2 do artigo 34.º e a alínea a) do n.º 1 do artigo 39.º, pela Lei Orgânica n.º 1/2011, de 30 de novembro).

LITO, Luís – Epidemiologia da Infeção Hospitalar. **Cadernos de Saúde**. [Em linha] Vol.10, (2010), p. 25-33. [Consultado 8 Setembro 2014]. Disponível em WWW: <URL http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_3_Especial_Infeccao.pdf

LIU, Catherine *et al* – IDSA GUIDELINES Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of *Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus* Infections in Adults and Children. **Clinical Infectious Diseases** [on line], Vol.52, nº 3, (2011), p.285-292 [Consult. 22 Setembro 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://cid.oxfordjournals.org>

LOPES, Manuel - **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio Moral: Alguns dados e implicações**. Lisboa. Ed. Associação Portuguesa de Enfermeiros. 1999. 216 p. ISBN 972-98149-0-2

MANGRAM, Alicia *et al* – Guideline for prevention of surgical site infection **Infection Control and Hospital Epidemiology** [on line], Vol.20, nº4 (Janeiro 1999), p.247-275 [Consult. 22 Abril 2014]. Disponível em WWW: <URL: in http://www.cdc.gov/hicpac/SSI/001_SSI.html

MATOS, A.; SOBRAL, A - Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Revista Portuguesa de Medicina Interna** [on line], Vol.17, nº 1 (2010), p. 61-65 [Consult. 22 Abril 2015] http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_61a65.pdf

MARTINS, JJ; NASCIMENTO ERP, GEREMIAS CK; SCHNEIDER DG, SCHWEITZER G; MATTIOLI, Neto H.- O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Revista Eletrónica de Enfermagem** [Em linha]. Vol.10, (2008), [consul. 10 Março 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>

MATSUMOTO, Ivania – **A importância da atuação do enfermeiro frente a PCR**. [Em linha]. (2008) [consul. 10 Março 2014]. Disponível em [http://artigos.netsaber.com.br/resumoartigo101267artigosobreaimportanciada atuação do enfermeiro frente a PCR](http://artigos.netsaber.com.br/resumoartigo101267artigosobreaimportanciada%20atua%C3%A7%C3%A3o%20do%20enfermeiro%20frente%20a%20PCR)

MELEIS, Afaf - **Theoretical Nursing: Development & Progress**.1997.3ªed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.1997

MIGUÉNS, Cristina; GOUVEIA, João; FERREIRA, Pedro; FURTADO, Kátia - **Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão – implementação nacional da escala de Braden**. Loures: Lusociência, 2007.112p. ISBN 978-972-8930-37-0

MOITA, Augusta *et al* – Nota de alta/transferência de enfermagem- retrato de uma prática. Lisboa. In **Pensar enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. 2007. Vol.11, nº2 (2007), 2º semestre. p. 12-24.

MORAIS, João - **Preparação do regresso a casa: do hospital ao contexto familiar**. 2010. Dissertação de Mestrado [Em linha]. [Consult. 14 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: in <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9210/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Prepara%C3%A7%C3%A3o%20do%20Regresso%20a%20casa.pdf>

NUNES, Lucília - A Especificidade da Enfermagem. In **Para uma Ética de Enfermagem**, Gráfica de Coimbra: Coimbra. 2004.pp.33-48.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES; Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.2005. p.454 ISBN 972-99646-0-2

NUNES, Lucília - Do Perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. **Percursos**. [Em linha]. nº 17, (Julho- Setembro 2010),p.3-9, [consult. 14 Maio 2014].Disponível em WWW: <URL 08/11/2014. <http://pt.scribd.com/doc/97271862/Percursos-n17#scribd>

NUNES, Fernando – Tomada de decisão de enfermagem em Emergência: “Agir rapidamente, pensar lentamente”. **Nursing**.Lisboa.ISSN 0871-6196-182-36. Vol.18, nº 219 (2007), p 7-11

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados gerais**. Divulgar. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. (2004), [Consult. 10 Setembro 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. [Em linha]. Caderno temático (2009) Lisboa: Ed. Ordem dos Enfermeiros. [Consult. 7 Março 2014], Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em Situação Crítica**. [Em linha]. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. 2010. [Consult. 7 Março 2014], em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. (2001).[Consult. 7 Agosto 2014]. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

PACHECO, Susana - **Cuidar a pessoa em fase terminal – perspetivas éticas**. Loures: Lusociência, 2002. 2ª ed. p.166. ISBN: 972-8383-30-4.

PAIVA, Abel – Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir**. ISSN 0871-2379. Nº 55. (Jan. Fev, 2007). p. 11-19.

PAIVA, Abel - O Papel do Enfermeiro. In Neves, M. **Para uma Ética de Enfermagem – Desafios**. 2004. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p.51-61 ISBN: 978-972-603-326-4

PEREIRA, Isabel – **Regresso a casa: Estrutura da ação de enfermagem**. 2013. Lisboa. Editora: Universidade Católica Portuguesa, p. 243. ISBN978-972-54-0392-1

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. 2005, p. 633 ISBN: 972-8383-84-3

PHIPPS, Wilma J.; Long, BARBARAC.; WOODS, Nancy F.;CASSMEYER, Virginia L. - **Enfermagem médico-cirúrgica : conceitos e prática clínica**. 2010. 8ª ed. - Lisboa : Lusodidacta, 1995. ISBN 978-989-8075-22-2

PLANK, Angelina; CAVADA, Luisa – Becoming a caregiver: new family carer’s experience during the transition from hospital to home. **Journal of Clinical Nursing**. Vol.21, (2012), p. 2072-2082. [Consult. 15 Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.04025.x/pdf>

PENEFF, Jean – **O Hospital na Urgência**. Coimbra: Formasau, 2002, p. 74-78 ISBN 972-8485-46-3

PINA, Elaine – Actualidade e perspectivas de futuro do programa nacional. **NURSING**, nº180, (Setembro 2003), p. 8-10

PINA, Elaine - **Prevenção de infeções Adquiridas no hospital. Um guia prático**. [Em linha]. Ministério da saúde, 2ª ed. (2002) [Consult. 3 Agosto 2014].Disponível em <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12419>

PINA, Elaine; SILVA, Goreti; ARTUR, José; NOGUEIRA, Paulo - PREVALÊNCIA DE INFEÇÃO ADQUIRIDA NO HOSPITAL E DO USO DE ANTIMICROBIANOS NOS HOSPITAIS PORTUGUESES – INQUÉRITO 2012. [Em linha]. (2013) **Ministério da Saúde**. [Consult. 22 Setembro 2014]. Disponível em www.dgs.pt/%2Fdocumentos-e-publicacoes/%2Finquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012

PINA, Elaine; FERREIRA, Etelvina; MARQUES, Alexandre; MATOS, Bruno – **Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente**. [Em linha]. In. Rev Port Saúde

Pública., Vol.10, (2010) p.27-39. [Consult. 22 Julho 2014]. Disponível em:<https://www.ensp.unl.pt>

PINTADO, Manuela – O ambiente na transmissão da infeção. **Cadernos de saúde**. [Em linha]. Vol. 3, (2010), p. 41-45. [Consult. 8 Novembro 2014] Disponível em: http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_3_Especial_Infeccao.pdf

POMPEO, Daniele; PINTO, Maria; CESARINO, Bernardi; ARAÚJO; Renilda; POLETTI, Nádía - **Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar: reflexão a partir dos relatos dos pacientes. 2007**. Acta. Paul. Enferm, Vol.20. p. 345-350 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf

PORTUGAL – **Código Deontológico dos enfermeiros**. Inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009) Republicado como anexo pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro

PORTUGAL – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, artigo 9º. (1998)

ROTHROCK, Jane C. – **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13ª ed. Loures: Lusodidata, 2008.1247 p. ISBN 978-989-8075-07-9

RUSU, Dana; RUSU, Gabriel G.; BULICREA, Radu - Surgical site infections: incidence and additional costs. **Public health and management**. [Em linha], (2013), [Consult. 24 Abril 2014]Disponível em WWW: <URL: <https://www.jstor.org/stable/10.10860/591064/>> www.ebsco.com

SERRA, Miguel – **Aprender a ser doente: Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-93-2

SHEEHY, Susan - **Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877 p.ISBN 912-8383-16-9

SILVA, Almerinda - **O Direito à privacidade do doente no serviço de urgência. 2007**. Porto: Dissertação de Mestrado em Bioética apresentada à Universidade do Porto. Tese doutoramento. [Em linha]. Acedido a 8 Novembro /2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>

SILVA, João – A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. **SERVIR** Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 55, nº 3 (Maio/Junho 2007), p. 67-77

SIEGEL, Jane *et al* - **Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings**. 2007. [Consult. 22 Setembro 2014]. Disponível em WWW: <URL <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>

SOUSA, L., FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M. – **Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice**. Porto: Ambar, 2006.

STEWART, Janet; MISHEL, Merle.;LYNN, Mary.; Terhost, Lauren. - **Test of a conceptual model of uncertainty in children and adolescents with cancer** .2010. [Em linha]. [Consult. 6 Dezembro 2013 Disponível em WWW: <URL: de <http://web.ebscohost.com>;

TAVARES, João (2010) – As pessoas idosas nos serviços de urgência. Que desafios para a enfermagem? **SINAIS VITAIS**. Coimbra. ISSN 0872-8844. nº 88 (Janeiro 2010), p. 26-33

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed.Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6

TWYXCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 184p. ISBN 972-796-001-4

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.;LOUGH, Mary E. – **Thelan´s Enfermagem de cuidados intensivos - Diagnóstico e intervenção**. 5ª ed. Loures:Lusodidacta, 2008.1265p. ISBN:978-989-8075-08-6

VIEIRA, Maragarida – Solidariedade e responsabilidade In NEVES, Maria do Ceu Patrão; PACHECO, Susana. **Para uma ética da enfermagem: desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. p. 291-303. ISBN 972-603-326-8.

VEIGA, António; Barros, Carla; Couto, Paulo; Vieira, Pedro – Pessoa em fase final de vida: que intervenções no serviço de urgência? **REVISTA REFERÊNCIA**. 2009. 2ª serie- nº10- Julho. p. 47-56

VIEIRA, Margarida - **Ser enfermeiro, da Compaixão à Proficiência**. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2009.155p. ISBN 978-972-54-0195-8

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **WHO Guidelines For Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives**. Genebra: World Health Organization, 2009. [Em linha]. [Consult. 6 Dezembro 2013 Disponível em WWW: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I - Grelha de auditoria ao Bloco operatório no âmbito da
prevenção da infecção da ferida cirúrgica

Profissionais		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MÃOS	Sem adornos										
	Unhas sem gel, curtas e sem verniz										
	Estilete nas unhas apenas antes da 1ª cirurgia do dia										
	Preparação cirúrgica das mãos: Sim com SABA (≥2 min) - A; Sim com Sabão Antiséptico (≥6min) - B; Não conforme = 0 (A0=SABA; B0=Sabão)										
	Higienização das mãos: Sim M1 - 1; Sim M2 - 2; Sim M3 - 3; Sim M4 - 4; Sim M5 - 5; Não conforme em qualquer dos momentos = 0										
	Colocação do EPI pela ordem correta										
TOUCA	TOUCA: <i>bouffant</i> com cabelo acondicionado - A; individual com <i>bouffant</i> - B; Individual diária = C; Individual não diária/sem touca = 0										
MÁSCARA	Se barba usa protetor										
	Utilização de máscara cirúrgica dentro da sala: depois da colocação do instrumental: Correta (na cara com boca e nariz tapados) - 1; Incorreta = 0										

Sala Operatória	1	2	3	4	5
Acesso à sala: apenas a equipa cirúrgica esteve na sala = 1					
Nº de pessoas em simultâneo dentro da sala					

Cirurgia	1	2	3	4	5
Tricotomia realizada com: Com clipper cirúrgico dentro da sala - A; Com clipper fora da sala - B; Com clipper no serviço - C; Sem tricotomia - D; Não conforme = 0					
Desinfecção da pele antes da colocação dos EPI's: Clorohexidina alcoólica 3 min - A; Iodopovidona alcoólica 3 min - B; Mucosa – Iodopovidona Aquosa – C; Não conforme = 0*					
Preparação da pele para incisão: Com um antisséptico de base alcoólica, com movimentos concêntricos, do centro para a periferia, cobrindo uma área suficientemente extensa - 1; Não conforme = 0					
Montagem da mesa de instrumentação (do início ao fim) com 2 profissionais (sem aberturas em cima do campo) = 1 Não conforme = 0					
Campos cirúrgicos: Reposicionados durante a intervenção = 0; Não reposicionados = 1					
Abertura de porta durante a intervenção (início de desinfecção do campo op.): Justificação aceitável - A; Falta de material - B; Justificação não conforme = 0					
Durante todo o período de colocação de material de osteossíntese as portas permaneceram fechadas					
Porta de "sujos" não foi aberta durante a toda intervenção cirúrgica = 1 (0 por cada abertura)					
QUEBRA MAJOR da técnica asséptica = 0 (0 por cada quebra)					
Se doente em qualquer tipo de isolamento: Precauções de isolamento corretamente aplicadas - 1; Não conformidade na aplicação das precauções de isolamento = 0					
Manutenção das condições de higiene e limpeza na sala operatória durante a intervenção cirúrgica					
Se derrame de sangue/urina são cumpridos os procedimentos adotados pela instituição					
O lixo encontra-se devidamente acondicionado					
Pressão: sala acionada como OCUPADA = 1					

Doente	1	2	3	4	5	6
Número processo						
Consulta de Enfermagem pré-operatória						
Doente internado desde o dia anterior						
Profilaxia antibiótica/Terapêutica: AB correto (se MRSA - Vanco) no período tempo correto - 1; Não conforme =0						
Banho com cloroexidina, na véspera e no próprio dia = 1 Banho na véspera e no dia com sabão normal = A0 Banho apenas no próprio dia = B0 Sem banhos = 0						
A temperatura corporal do doente manteve-se entre 36°-37°C durante a intervenção cirúrgica e: Cirurgia ≤3h – monitorização timpânica 30/30min – A Cirurgia ≥3h – sonda esofágica cont. – B Ausência de monitorização ou conforme = 0						
Temperatura corporal à admissão na UCPA entre 36°-37°C =1 Fora dos limites =0 Não avaliada =A0						
O valor da glicémia é inferior a 200 mg/dl durante a intervenção cirúrgica. Fora dos limites =0 Não avaliada =A0						

Observações:

APÊNDICE II - Instrumento de ensino ao doente/cuidador acerca dos cuidados pós alta com a ferida cirúrgica (cirurgia abdominal)

CUIDADOS COM PENSO CIRURGICO

Guia para doentes /familiares

Após a alta deve ter alguns cuidados com a ferida cirúrgica/sutura (cirurgia abdominal):

Cuidados de higiene

- Não deve molhar os pensos/não deve tomar banho de imersão;
- Pode usar estratégias como a proteção do penso com uma película ou tomar banho com água com pouca pressão, aos poucos, para que não atinja os pensos;
- Os pensos operatórios com película não são completamente protetores em relação á agua;
- Evite tomar banho com chuveiro nas primeiras 48h.

Realização de pensos

- Deve realizar os pensos no local definido quando tiver alta do hospital;
- Os agrafes/pontos serão retirados por indicação médica (data/local definidos quando tiver alta do hospital).

Outros cuidados

- Não deve fazer esforços físicos (Ex: carregar pesos);
- Deve deambular conforme a sua tolerância;
- Não deve conduzir até reavaliação médica;
- Deve comparecer na consulta de cirurgia conforme data agendada no dia da alta.

	Observe os sinais e sintomas	Saiba o que fazer	
Pensos molhados		Retire o penso, mantenha a ferida destapada. Não necessita de colocar novo penso se já foi operado há mais de 48h.	
Sinais de infeção	Vigie sinais de infeção da ferida, vermelhidão, calor, inchaço, saída de líquido da sutura. Observe a barriga e veja se estes sinais estão apenas junto da sutura ou estão em vários locais na barriga.	Se observar sinais de infeção da ferida: vermelhidão, calor, inchaço, saída de líquido da sutura. Recorra ao serviço de urgência.	
Pensos com repasse (penso com manchas)	Sangue	Pequena quantidade (tem algumas zonas com manchas – tamanho de uma moeda de 2 euros)	Vigie se aumenta de tamanho. Pode acontecer após a realização do penso haver zonas com pequenas manchas de repasses. Se sentir o penso duro, não se assuste, é devido ao sangue estar seco.
		Grande quantidade (ocupa todo o penso)	Se o <u>penso está cheio de sangue</u> : Recorra ao Centro de Saúde. Se este estiver fechado, recorra ao serviço de urgência mais próximo. Não vá sozinho, procure ajuda (familiares/vizinhos/ligue112). Se o <u>penso esta cheio de sangue e sente que continua a deitar sangue</u> : coloque compressas por cima do penso ou, se não tiver, coloque uma toalha e carregue com a sua mão. Não faça esforços, chame ajuda (ligue para o 112) e deite-se, se conseguir, no local mais próximo da porta, deixando-a aberta, para que o possam encontrar mais facilmente. É uma situação rara, mas quando acontece, necessita de observação médica urgente.
	Transparente/ Amarelado	Pequena quantidade (tem algumas zonas com manchas -tamanho de uma moeda de 2 euros)	Vigie se aumenta de tamanho. Pode acontecer após a realização do penso haver zonas com algumas manchas que aparecem quando se movimenta mais. Não necessita de recorrer aos serviços de saúde.
		Grande quantidade (ocupa todo o penso)	Recorra ao serviço de urgência mais próximo para ser observado por um médico.
Pús (amarelo ou esverdeado e com mau cheiro)	Localizado	Recorra ao Centro de Saúde dentro de 12h a 24h no máximo.	
	A barriga também pode estar vermelha e quente. Pode ter ou não febre (superior a 38°C).	Recorra ao Serviço de Urgência mais próximo para ser observado por um médico.	
Abdómen (barriga)	A barriga aumentou de tamanho, tem dor difícil de controlar (não alivia com medicamento para dores ou mudar de posição), náuseas/vómitos e/ou febre (superior a 38°C)	Deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital	
Drenos/sacos de drenagem	Estão descolados, alteraram as características do líquido drenado	Só os profissionais de saúde devem mexer nos drenos. Recorra ao centro de saúde. Se este estiver encerrado, recorra ao hospital mais próximo.	

APÊNDICE III – Check-list de orientação dos ensinios realizados ao doente cirúrgico durante o internamento

CUIDADOS COM PENSO CIRÚRGICO NA CIRURGIA ABDOMINAL

- Validação de ensinios realizados durante o internamento -

No momento da alta, valide se o doente consegue responder às questões enunciadas.

Temas

Cuidados de higiene

Quais os cuidados a ter com os pensos quando realiza a sua higiene pessoal?

Sabe dizer quais os principais cuidados a ter com o penso nas primeiras 48h?

Realização do penso

Sabe dizer onde e quando deve realizar os pensos?

Sabe dizer onde e quando deve retirar agrafes/pontos?

Orientações sobre as complicações com sutura operatória

Consegue enumerar os sinais de infeção da ferida cirúrgica?

Consegue dizer o que deve fazer se observar drenagem pela sutura operatória em grande quantidade, ou seja, líquido que ocupa todo o penso (sangue, líquido transparente, líquido purulento)?

Sabe identificar sinais e sintomas de complicação pós-cirurgia?

Consegue dizer onde se deve dirigir se identificar sinais e sintomas de complicação pós-cirurgia?

Se tiver alta com dreno/sacos de drenagem, sabe quais os cuidados a ter?

Outros cuidados

Consegue descrever o tipo de atividade que não deve fazer nas primeiras semanas do pós-operatório?

Consegue dizer qual o dia da consulta de seguimento após a alta?

APÊNDICE IV - Instrumento de ensino ao doente/cuidador acerca dos cuidados após alta com dreno

CUIDADOS AO PENSO COM DRENO ASPIRATIVO

Após a alta deve ter alguns cuidados com penso com dreno aspirativo

Cuidados de higiene

- Não deve molhar os pensos/não deve tomar banho de imersão;
- Pode usar estratégias como a proteção do penso com uma película ou tomar banho com água com pouca pressão, aos poucos, para que não atinja os pensos;
- Não pode desconectar o frasco de drenagem.

Realização de pensos

- Deve realizar os pensos no hospital, no dia definido quando teve alta;
- Deve comparecer na consulta de cirurgia conforme data agendada no dia da alta.

Outros cuidados

- Evite dormir para o lado do dreno;
- Quando estiver a dormir/repouso assegure-se que coloca o dreno num local seguro, de forma a não puxar (corre o risco que se solte);
- Se o dreno for tipo um balão branco: deve estar colapsado (indica que tem o vácuo mantido):
Se o dreno for tipo uma garrafa, observe na parte superior se a tampa azul está colapsada (indica que tem o vácuo mantido).

Sinais de alarme	O que fazer		
Penso/reservatório enche-se rapidamente com sangue	Se o penso <u>esta cheio de sangue e sente que continua a deitar sangue</u> , O FRASCO ENCHE-SE RAPIDAMENTE: coloque compressas por cima do penso ou, se não tiver, coloque uma toalha e carregue com a sua mão. Nesta situação dobre o tubo em qualquer parte do fio, desta forma evita que o vácuo continue a “puxar “ o sangue, aumentando a perda de sangue. Deve recorrer IMEDIATAMENTE à consulta do hospital das 8h as 20h, fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.		
Reservatório cheio	Deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h, fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.		
Dor difícil de controlar	Não é habitual a pressão gerada pelo frasco do dreno causar dor, pode gerar algum incómodo. A dor pode estar associada à incisão cirúrgica. Se a sua dor não alivia e numa escala de 0-10, sendo 10 a pior dor que já teve na vida, se dor constante superior a 5 deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h. Fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.		
Penso solto	Retire o penso, mantenha a ferida destapada. Não necessita de colocar novo penso se já foi operado há mais de 48h. Deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h/Centro de Saúde quando for possível para observação da sutura operatória.		
Pensos com repasse (penso com manchas)	Sangue	<p>Pequena quantidade (tem algumas zonas com manchas – tamanho de uma moeda de 2 euros)</p> <p>Vigie se aumenta de tamanho. Pode acontecer após a realização do penso haver zonas com pequenas manchas de repasses. Se sentir o penso duro, não se assuste, é devido ao sangue estar seco.</p> <p>Grande quantidade (ocupa todo o penso)</p> <p>Se o <u>penso está cheio de sangue</u>: Recorra ao Centro de Saúde. Se este estiver fechado, recorra ao serviço de urgência mais próximo. Não vá sozinho, procure ajuda (familiares/vizinhos/ligue112).</p> <p>Se o <u>penso esta cheio de sangue e sente que continua a deitar sangue</u>: coloque compressas por cima do penso ou, se não tiver, coloque uma toalha e carregue com a sua mão. Recorra ao ao serviço de urgência mais próximo. Não vá sozinho, procure ajuda (familiares/vizinhos/ligue112).</p>	
	Transparente / Amarelado	Pequena quantidade (tem algumas zonas com manchas -tamanho de uma moeda de 2 euros)	Vigie se aumenta de tamanho. Pode acontecer após a realização do penso haver zonas com algumas manchas que aparecem quando se movimenta mais. Não necessita de recorrer aos serviços de saúde.
		Grande quantidade (ocupa todo o penso)	Recorra ao serviço de urgência mais próximo para ser observado por um médico.
	Pús (amarelo ou esverdeado e com mau cheiro)	Localizado	Recorra ao Centro de Saúde dentro de 12h a 24h no máximo.
Disperso - Zona à volta do penso pode estar vermelha e quente. Pode ter ou não febre (superior a 38°C).		Recorra ao Serviço de Urgência mais próximo para ser observado por um médico	

APÊNDICE V - Instrumento de ensino ao doente/cuidador acerca dos cuidados pós alta com penso de vácuo

CUIDADOS AO PENSO COM PRESSÃO NEGATIVA

Após a alta deve ter alguns cuidados com penso com pressão negativa (penso de vácuo):

Cuidados de higiene

- Não deve molhar os pensos/não deve tomar banho de imersão;
- Pode usar estratégias como a proteção do penso com uma película ou tomar banho com água com pouca pressão, aos poucos, para que não atinja os pensos;
- Não pode molhar a máquina;
- Não deve desconetar o sistema da máquina;

Realização de pensos

- Deve realizar os pensos no hospital, no dia definido quando teve alta;
- O material usado é muito específico e não existe em todas as instituições de saúde, razão pela qual deve recorrer ao Hospital Beatriz Ângelo.
- Deve comparecer na consulta de cirurgia conforme data agendada no dia da alta.

Outros cuidados

- Quando estiver a dormir/repouso assegure-se que coloca o equipamento num local seguro, de forma a não cair;
- O penso deve estar enrugado e firme ao toque;
- A máquina é bloqueada depois de programada pelo profissional de saúde pelo que não necessita de fazer qualquer ajuste;
- A Pressão programada encontra-se habitualmente entre os 100-125 mmhg.
- A máquina habitualmente é silenciosa, não deve ouvir qualquer barulho.

Sinais de alarme	O que fazer
Penso/reservatório enche-se rapidamente com sangue	Se o <u>penso esta cheio de sangue e sente que continua a deitar sangue</u> : coloque compressas por cima do penso ou, se não tiver, coloque uma toalha e carregue com a sua mão. Nesta situação desligue a máquina. Deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h, fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.
Penso com cheiro	Pode indicar sinal de infeção que está a agravar. Deve ser vigiado. Deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h, fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.
Dor difícil de controlar	A pressão da máquina é intermitente e pode gerar alguma dor. Se a dor não ceder ao analgésico pode estar associado à pressão programada ou à colocação do penso. Se a sua dor não alivia e numa escala de 0-10, sendo 10 a pior dor que já teve na vida, se dor constante superior a 7 deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h. Fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.
Penso solto	A localização para a realização do penso nem sempre é fácil e pode acontecer o penso descolar. Não deve ficar com a esponja na ferida pois aumenta a humidade e corre o risco de atrasar a cicatrização da ferida.
Reservatório cheio	Deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h, fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.
Máquina apresenta barulho	<u>Pode indicar fuga</u> : observe as pressões no ecrã. Se estiver entre os 100-125 mmhg significa que o penso esta descolado em algum lado mas a máquina consegue compensar. Neste caso aguarde, esta é uma situação comum. Se apresentar pressões abaixo dos 100 mmhg, significa que tem uma fuga e que a máquina irá alarmar por não ter pressão suficiente para manter o vácuo. Não se assuste, pode acontecer. Deve recorrer Deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h, fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.
Alarme De "pressão na máquina alto"	Verifique se o tubo da máquina ao penos não está dobrado. Se o tubo da máquina ao penso não estiver dobrado, pode indicar sinal de obstrução, um coágulo, por exemplo. Deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h, fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.
Alarme De "pressão na máquina baixo"	Se mantiver alguma pressão, o penso continua a ser capaz de absorver o exsudado, contudo a pressão negativa não chegará ao leito da ferida e a terapia não será eficaz. Pressões aceitáveis devem ser superiores a 100 mmhg. Se inferior a 75 mmhg Deve recorrer à consulta do hospital das 8h as 20h, fora deste horário deve recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital.
Alarme "pouca bateria"	Ligar a ficha à corrente, pode alarmar durante alguns minutos mas ficará em silêncio rapidamente.

