



CATOLICA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com
a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

SER ENFERMEIRO ESPECIALISTA: DA CONCEÇÃO À CONCRETIZAÇÃO

BEING A SPECIALIST NURSE: FROM CONCEPTION TO REALIZATION

Por

Ana Rita Gonçalves Araújo da Costa

Lisboa, 2022



CATÓLICA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com
a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

SER ENFERMEIRO ESPECIALISTA: DA CONCEÇÃO À CONCRETIZAÇÃO

BEING A SPECIALIST NURSE: FROM CONCEPTION TO REALIZATION

Por

Ana Rita Gonçalves Araújo da Costa

Sob a orientação da Prof.^a Doutora Rita Marques

Lisboa, 2022

“In today’s environment, hoarding knowledge ultimately erodes your power. If you know something important, the way to get power is by sharing it.”

Joseph Badaracco

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de mestrado é uma longa viagem que inclui uma trajetória permeada por inúmeros desafios, incertezas e muitos percalços, mas apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de pessoas fundamentais para encontrar o melhor rumo em cada momento da caminhada. Deste modo, estas breves linhas são o reconhecimento de que o caminho se fez caminhando e que esta caminhada contou com a companhia e contributo de pessoas importantes e, mais do que reconhecer, há que agradecer a quem se fez presente.

Um agradecimento particular aos meus pais. pelos valores e princípios transmitidos e pelo apoio incondicional. À minha mãe pelo encorajamento e compreensão pelas poucas idas a casa ao longo destes longos meses. Mãe, obrigada pela aletria e mimos que me alimentaram a alma e acalmaram as saudades. Ao meu pai, que pelas vicissitudes da vida deixou de estar presente de forma física, mas que de uma forma mais vincada, sentida e profunda continua no meu percurso de vida.

Um agradecimento à minha tia por ser a mentora e responsável por esta oportunidade. Tia, obrigada pelas constantes palavras de incentivo e confiança que me permitiram continuar apesar das contrariedades.

Um agradecimento especial à minha irmã, pelo apoio e exemplo de resiliência e profissionalismo que me transmitiu. Obrigada pelas longas chamadas nas saídas de 24 e disponibilidade em partilhar e construir conhecimento, trabalho e reflexão conjunta.

Um agradecimento ao meu porto seguro, por todo o carinho, paciência e apoio incondicional. Nos meus momentos de frustração, de desorganização e de desesperança assim como nos momentos de alegria, estiveste e estás sempre ao meu lado. Somos um espetáculo!

A realização deste Mestrado e consequentemente deste relatório não seria possível sem a ajuda da Sr.^a Prof.^a Dr.^a Rita Marques. Desta forma, agradeço a disponibilidade demonstrada, os conselhos oportunos, as críticas construtivas, a colaboração no esclarecimento de dúvidas e acima de tudo, a forma humana e genuína como me orientou ao longo deste percurso.

Um agradecimento aos enfermeiros orientadores, Sr. Enfermeiro Especialista Sérgio Rodrigues e Sra. Enfermeira Especialista Filipa Sendim, pela forma como me acolheram, como tentaram perceber os meus objetivos e como conseguiram adaptar a sua orientação técnica, pedagógica e científica à consecução dos mesmos.

Aos restantes colegas Enfermeiros com os quais me cruzei e acrescentaram algo ao meu saber, ao meu ser e ao meu fazer. Obrigada A TODOS de uma forma geral, a Enfermagem como disciplina e profissão agradece para além da dimensão individual em que o meu agradecimento se alicerça.

Um agradecimento também aos restantes amigos, pela compreensão e pelas palavras de incentivo e estímulo que sempre me deram ao longo de toda esta caminhada e pedir-lhes desculpa pelo tempo que nos foi “roubado”.

Um agradecimento às colegas Rute Moreira e Ana Afonso. Não poderiam ter sido melhores enquanto colegas, enquanto estudantes, enquanto motivadoras nos meus momentos menos bons. Pela amizade que sempre me demonstraram e pelo trabalho conseguido. Obrigada, meninas!

Um agradecimento à mão no ombro, que embora invisível me ampara e guia a cada passo, mesmo quando o caminho parece demasiado longo e soturno.

E finalmente, mas não menos importante: Um agradecimento a Mim, por me continuar a surpreender.

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na vertente de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa e ilustra o percurso realizado no desenvolvimento de competências a nível académico, profissional e pessoal.

“Ser Enfermeiro Especialista: da conceção à concretização” reproduz o caminho que percorri em busca de uma Enfermagem especializada visando a pessoa em situação crítica. Pretende retratar e explicar, de forma crítico-reflexiva, o processo de aquisição e consolidação de competências comuns e específicas, contextualizando os locais de estágio e efetuando uma descrição e análise das experiências vivenciadas e aprendizagens mais significativas dos estágios em Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos. É um olhar detalhado sobre os cuidados prestados ao doente, respondendo às suas necessidades e dos familiares, concebendo, implementando e avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem. Processo dinâmico, narrado nos capítulos que se seguem, denunciando as reflexões sobre as práticas avançadas, as atividades desenvolvidas e competências adquiridas. Identifica oportunidades de melhoria e o desenvolvimento de estratégias de resolução de situações-problema, baseados na sustentação teórica e na reflexão crítica.

Acreditando que o entendimento da origem, fundamentação e problematização do banho ao longo dos tempos permitirão compreender e enfrentar os desafios do presente na prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, surge “Intervenção de Enfermagem: O banho pré-operatório centrado numa visão histórica e documental”, uma revisão sistemática de literatura de evidência de texto e opinião.

Usando a metodologia crítico-reflexiva, este relatório mostra o percurso académico desenvolvido na procura de um cuidar especializado e avançado, mas humanizado.

Uma partilha da reflexão sobre o percurso construído, as implicações para a prática profissional e os principais contributos individuais.

Palavras-chave: Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica, Banho pré-operatório; Competências avançadas e especializadas.

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Nursing, specializing in Medical-Surgical Nursing: People in Critical Situations, at the Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem from Universidade Católica Portuguesa, and illustrates the path I took in developing my skills at an academic, professional and personal level.

“Being a Specialist Nurse: from conception to realization” reproduces the path I took in search of specialized nursing for people in critical situations. It aims to portray and explain, in a critical-reflective way, the process of acquiring and consolidating common and specific competences, contextualizing the internship sites and carrying out a description and analysis of the experiences and most significant learning of the internships in the Emergency Department and Intensive Care Unit. It is a detailed look at the care provided to patients, responding to their needs and those of their families, designing, implementing and evaluating nursing diagnoses and interventions. It is a dynamic process, narrated in the chapters that follow, revealing the reflections on advanced practices, the activities developed and the skills acquired. It identifies opportunities for improvement and the development of problem-solving strategies, based on theoretical support and critical reflection.

Believing that understanding the origin, rationale and problematization of bathing throughout the ages will allow us to understand and face the challenges of the present in the prevention of Surgical Site Infection, “Nursing Intervention: Preoperative Bathing Focused on a Historical and Documentary” is a systematic review of the literature, including text and opinion evidence.

Using the critical-reflective methodology, this report shows the academic path developed in the search for specialized and advanced, yet humanized care.

It shares reflections on the path taken, the implications for professional practice and the main individual contributions.

Keywords: Nursing, Person in Critical Situation, Preoperative bath; Advanced and specialized skills.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAA - Aneurisma da Aorta Abdominal

ABCDE - Airway, breathing, circulation, disability and exposure

AESP - Atividade Elétrica Sem Pulso

Angio-TC - Angiotomografia computadorizada

APA - American Psychological Association

BO - Bloco Operatório

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CEEE - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECG - Eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

et al. - Abreviatura de “e outros”

FCSE - Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos

HIC - Hipertensão Intracraniana

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LUCAS - Lund University Cardiopulmonary Assist System

ME - Mestrado em Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PIC - Pressão Intracraniana

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

PSC - Pessoa em Situação Crítica
PSP - Polícia de Segurança Pública
RSL - Revisão Sistemática da Literatura
Rx - Radiografia
Sr^a – Senhora
SAV - Suporte Avançado de Vida
SE - Sala de Emergência
SU - Serviço de Urgência
SLED - Sustained Low Efficiency Dialysis
SMI - Serviço de Medicina Intensiva
spO₂ - Saturações Periféricas de Oxiemoglobina
SUGP - Serviço de Urgência Geral e Polivalente
TC - Tomografia Computorizada
TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal
UC - Unidade Curricular
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCP - Universidade Católica Portuguesa
VDC - Vigilância e Decisão Clínica
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: O BANHO PRÉ-OPERATÓRIO CENTRADO NUMA VISÃO HISTÓRICA E DOCUMENTAL	21
1.1 INTRODUÇÃO.....	21
1.2 METODOLOGIA.....	23
1.3 RESULTADOS	25
1.4 DISCUSSÃO.....	25
CAPÍTULO II - PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	35
2.1 VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA.....	37
2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA	39
2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	51
CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXO I - Certificado de presença e programa do V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem especializada: Uma voz para o Humanismo” da Escola de Enfermagem (Lisboa)- ICS da UCP	
ANEXO II – Certificado da apresentação de Poster no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem especializada: Uma voz para o Humanismo”	
ANEXO III - Certificado de presença na formação “Avaliação e registo da dor no Serviço de Urgência Geral e Polivalente do XXXXX”	
ANEXO IV - Certificado de formação ministrada no SUGP	
ANEXO V - Certificado de presença e programa do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem Especializada: Um valor em Saúde” da Escola de Enfermagem (Lisboa) - ICS da UCP	

APENDICE I – Poster apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem especializada: Uma voz para o Humanismo”

APENDICE II – Fluxograma PRISMA

APENDICE III – Tabelas de síntese dos artigos

APENDICE IV – Formação “A Pessoa com Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) Sintomático ou Roto. Abordagem e intervenções de enfermagem na sala de emergência”

APENDICE V – Folheto “Pupilometria”

APENDICE VI - Folheto “Isquemia Aguda de Membro”

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Resultados do questionário de satisfação com a ação de formação

GRÁFICO 2 – Resultados do questionário de relevância para a prática profissional

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- Metodologia PICO para formulação da questão de revisão

TABELA 2 - Critérios de inclusão dos artigos

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular (UC) “Estágio Final e Relatório”, inserida no 15º curso de Mestrado em Enfermagem (ME) com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem (FCSE) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Esta UC englobou um estágio dividido em dois contextos: um Serviço de Urgência Geral e Polivalente (SUGP) num hospital central da zona metropolitana de Lisboa e uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), num hospital distrital na região norte do país.

Decorreu no período entre 5 de setembro do ano transato a 24 de fevereiro do presente ano, com uma carga horária de 750 horas, num total de 400 horas de contacto (360 horas de estágio, 20 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário) e 350 horas de trabalho individual.

A decisão de ingressar no curso de mestrado especializado teve por base a ambição de uma formação avançada que me proporcionasse um maior crescimento pessoal e profissional com a aquisição e desenvolvimento das competências essenciais a uma intervenção célere e capaz à PSC. Reconheço a importância crucial que os enfermeiros representam na e para a sociedade e, como tal, sinto a responsabilidade de me capacitar com conhecimentos avançados e habilidades especializadas e assim contribuir de maneira mais substancial para a área da saúde e para a enfermagem.

Ao longo das últimas décadas, testemunhou-se uma evolução notável na saúde, paralelamente a um aumento significativo na literacia em saúde. Neste sentido, a sociedade mostra-se intransigente exigindo que cada enfermeiro desempenhe eficazmente o processo de cuidados munido de mais conhecimentos, capacidades e competências. Neste cenário de mudança e progresso constantes, enquadrado num mundo mais tecnológico e erudito, a enfermagem encontra-se obrigada à permanente atualização de conhecimentos e saberes, como forma de dar resposta às novas exigências da profissão e às expectativas crescentes da sociedade moderna, proporcionando cuidados diferenciados e alta qualidade baseados nas

mais recentes evidências científicas. Portanto, o investimento em formação avançada e especializada não é apenas justificado, mas imperativo.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) prevê e acompanha esta exigência com a criação das várias especialidades e com a definição dos Padrões de Qualidade na respetiva especialidade, reiterando a adoção do enquadramento conceptual existente (OE, 2001). Este constitui-se como um referencial para a prática especializada e do qual emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos EE na área de Enfermagem à PSC, sendo estes reconhecidos como elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica (OE, 2017).

Segundo Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), *“Os enfermeiros são a espinha dorsal de qualquer sistema de saúde (...)”* no assumir de um papel único e imprescindível no cuidar (OE, 2020). O processo de cuidar, pela sua especificidade, determina que o profissional desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar e à mudança dos contextos. É o conhecimento disponível através da ciência, tecnologia e prática que habilita o enfermeiro a demonstrar elevados padrões de julgamento clínico em situações clínicas complexas e abertas (Benner, 2001). Já a reflexão sobre a prática funciona como um meio de aprendizagem e agente transformador dessa mesma prática e é essa mobilização cognitiva que permite uma prática avançada de enfermagem conduzindo a um processo de especialização (Benner, 2001).

A prática em Enfermagem é baseada em teorias, modelos e sistemas científicos norteadores de princípios fundamentais que permitem uma análise crítico-reflexiva das questões da atividade profissional para que esta seja organizada e sistematizada criando conhecimentos que fundamentem a prática, ou seja, as ações não são mecanizadas e baseadas no senso comum (Bottura Leite de Barros & Saraiva Bispo, 2017; Santos *et al.*, 2019).

Não obstante, torna-se essencial compreender que as matrizes conceptuais que sustentam a minha prática enquanto enfermeira são singulares e em tudo relacionadas com vivências profissionais e consequentes perceções do cuidar que traduzem uma compreensão muito própria da intencionalidade dos cuidados. Desde Florence Nightingale com a teoria ambientalista precursora das boas práticas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) até Afaf Meleis com a teoria das transições aplicável à PSC que experiencia processos de transição saúde-doença, processos estes que, pelo seu potencial de instabilidade, reivindicam a intervenção dos enfermeiros, passando por Katherine Kolcaba com a teoria do conforto em que o apresenta como foco de atenção e resultado

expectável dos cuidados de enfermagem, tornando-os mais dignos e humanizados, tendo por base princípios éticos e proporcionando medidas que visem o alívio, a tranquilidade e a transcendência satisfeitas nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental. As teorias e modelos conceituais outrora desenvolvidos influenciam as práticas profissionais mais contemporâneas. Assim, a sua aplicação nas práticas dos cuidados promove a construção de um conhecimento mais sólido, crítico e reflexivo, fornecendo o toque científico essencial para disciplina e profissão de Enfermagem apoiarem as diversas transformações no pensar e no cuidar, bem como, no modo como os enfermeiros se afirmam enquanto elementos das equipas de saúde nos múltiplos contextos interprofissionais.

Intitulado “Ser Enfermeiro Especialista: da conceção à concretização”, este relatório tem como finalidade documentar o percurso de aquisição e solidificação das competências de Mestre em Enfermagem (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006; Ferrito *et al.*, 2022), das competências comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) (Regulamento no. 140/2019, 2019) e das competências específicas do Enfermeiro Especialista (CEEE) em EMC na área da PSC (Regulamento no. 429/2018, 2018).

No que respeita às designadas CCEE, estas incluem a “(...) a *responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744). Neste sentido, foi desenvolvida uma revisão sistemática da literatura (RSL) de texto e opinião em conjunto com 2 colegas de mestrado, Rute Moreira e Ana Afonso versando a temática da prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC). Esta constitui-se como uma das infeções nosocomiais mais frequentes e relevantes em Portugal e no mundo constituindo uma problemática associada aos cuidados de saúde, com repercussões a nível da morbilidade, mortalidade e custos hospitalares. Diante dessa realidade, os enfermeiros, no seio da equipa multidisciplinar, assumem um papel de destaque na redução da sua incidência. Neste sentido foi implementada pela Direção-Geral de Saúde (DGS), o “feixe de intervenções” que consubstanciam diversas medidas de prevenção que devem ser aplicadas de forma integrada para terem sucesso. Uma dessas medidas que tem lugar na fase pré-operatória é a realização do banho pré-operatório, uma intervenção cuja responsabilidade recai sobre os enfermeiros. Esta RSL tem como objetivo mapear, sintetizar e analisar as evidências sobre a origem, fundamentação e problematização da aplicação do banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC de forma a compreender e enfrentar os desafios do presente através das tendências passadas e atuais.

“A Enfermagem, como qualquer outra disciplina e área do saber, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação” (OE, 2006, p.1). Esta promove e incentiva a prática baseada na evidência (PBE), sendo um instrumento ativador da profissão, promotor da melhoria da qualidade dos cuidados e orientador da tomada de decisão (ICN, 2012). Sendo a investigação o pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico, é indispensável que o conhecimento gerado seja partilhado. É neste registo que esta RSL faz sentido, numa procura pela mais recente evidencia científica partilhada no seio da comunidade científica. O protocolo de revisão desta RSL deu origem a um poster *“Perspetiva histórica e contemporânea do banho pré-operatório: Protocolo de uma revisão sistemática de evidência de texto e opinião”* (Apêndice I) apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa), da FCSE da UCP (Anexo I e II).

A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é um imperativo das sociedades modernas e enquadra-se num contexto em que os cidadãos e comunidades apresentam desafios clínicos de maior complexidade exigindo respostas por parte dos profissionais e das organizações com maior qualidade e elevada segurança, num quadro de significativas restrições de recursos humanos, materiais e técnicos implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde. É, portanto, essencial produzir e atualizar conhecimentos reavaliando as competências e práticas adotadas relativamente a uma PBE reconhecendo-se que é ainda grande a distância entre a produção do conhecimento e a posterior implementação de intervenções baseadas nas melhores evidências disponíveis (DiCenso, 2003; Grol, & Grimshaw, 2003; Fineout-Overholt, & Johnston, 2006; Boström *et al.*, 2009; Melnyk *et al.*, 2014).

No que concerne às CEEE, são apresentadas as atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas nos contextos de estágio, descrevendo o processo de planeamento e concretização dos objetivos definidos, analisando o processo de desenvolvimento de competências e refletindo sobre a ação na resolução de problemas em novos contextos multidisciplinares de modo a avaliar os contributos dos contextos de prática clínica e servir como instrumento de avaliação/certificação de competências na área de especialização.

Tendo em mente o cuidado à PSC, priorizei locais de estágio que permitissem contactar com as especificidades do cuidar nas diferentes etapas do processo clínico. A minha escolha residiu, assim, numa tentativa de acompanhamento do percurso do doente desde que é assistido no Serviço de Urgência (SU) à sua admissão numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), quando a condição clínica assim o justifica. Desta forma,

considero que estes campos de estágio, preconizados no plano de estudos, são de extrema importância no desenvolvimento de capacidades na área assistencial de enfermagem ao doente crítico.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em 2 capítulos para facilitar a leitura e a compreensão do mesmo. O primeiro capítulo sustenta o desenvolvimento de competências no domínio da investigação em Enfermagem e apresenta uma RSL de Texto e Opinião: “Intervenção de Enfermagem: O banho pré-operatório centrado numa visão histórica e documental”. O banho, marca cultural do papel autónomo do enfermeiro enquanto prestador de cuidados, porém ainda desconsiderado face a tarefas de maior grau de complexidade ou exigência é apresentado numa perspetiva histórica e documental adaptada à realidade cirúrgica objetivando a prevenção e redução da ILC.

O segundo capítulo narra o percurso para a aquisição de competências para uma enfermagem especializada ao doente médico-cirúrgico em situação crítica. O mesmo encontra-se dividido em subcapítulos e contempla o desenvolvimento de competências prévias a este processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências em estágio, através da descrição dos contextos de estágio, análise, reflexão e fundamentação das atividades realizadas, que permitiram atingir os objetivos preconizados. Segue-se um espaço reservado às conclusões e implicações futuras deste processo de aprendizagem, realçando os pontos fortes, mas também as limitações e dificuldades sentidas.

Constrói-se sobre uma metodologia descritiva e analítica, assente numa abordagem crítico-reflexiva com recurso à fundamentação científica, privilegiando a mais recente Evidência Científica. Anexa à enfermagem, a prática reflexiva serve como um moderador de aprendizagem, onde se atribuem significados às experiências singularidades que a prática especializada permitiu experienciar (Peixoto & Peixoto, 2016). De notar que a prática reflexiva é *“um diálogo entre pensar e fazer através da qual a pessoa se torna mais hábil e, baseia-se na ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação”* (Peixoto & Peixoto, 2016; p.122).

Este trabalho encontra-se elaborado segundo as normas de orientação da UCP, de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa, utilizando para as referências bibliográficas a norma APA (American Psychological Association) 7th edition (IPVC, 2021).

CAPÍTULO I - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: O BANHO PRÉ-OPERATÓRIO CENTRADO NUMA VISÃO HISTÓRICA E DOCUMENTAL

1.1 INTRODUÇÃO

A História, enquanto ciência, contribui para dar a conhecer o passado, avaliar a sua influência no presente e produzir conhecimento para promover mudanças no futuro. A origem do banho pré-operatório está intimamente ligada à história social da higiene, impulsionada por importantes descobertas no campo da microbiologia, refletindo a complexidade e valor simbólico desta prática para as sociedades ao longo dos tempos que vão adaptando os seus hábitos de vida aos conhecimentos e crenças de cada época (Ashenburg, 2007).

Desde o tempo de Hipócrates, o banho era usado como uma ferramenta impregnada de saúde, oferecendo diversas vantagens como a limpeza da pele, a estimulação da circulação, a promoção/manutenção da amplitude do movimento pela mobilização dos membros, a redução dos odores corporais e a tão importante e essencial promoção da autoimagem, desempenhando então um papel essencial na manutenção da saúde e do conforto físico (Asid & Renegar, 2003). Desde cedo se percebeu que os benefícios do banho ultrapassam a limpeza da pele, exaltando-se muitos outros efeitos sadios para a saúde física e psicológica. O banho como um cuidado de enfermagem acontece num confronto entre as crenças e valores sobre a higiene na conceção da pessoa e do conhecimento do enfermeiro, de forma a ser capaz de atender às suas necessidades imediatas (Fonseca, et al, 2012).

A história da enfermagem está intrinsecamente ligada a Florence Nightingale, considerada a pioneira da Enfermagem Moderna. A par das contribuições revolucionárias na organização e administração hospitalar, Nightingale enfatizou incansavelmente a importância dos cuidados de higiene na promoção da saúde e prevenção de doenças destacando o impacto significativo na eficácia dos sistemas de saúde (Nightingale, 1989). A sua visão continua atual nos dias de hoje, contribuindo para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde e desempenha um papel crucial na contenção de epidemias e pandemias.

Virgínia Henderson (2007), na Teoria das Necessidades de Enfermagem descreve a limpeza do corpo como uma das 14 necessidades humanas essenciais, atribuindo aos enfermeiros um papel ativo. Segundo esta teórica *“a função que a enfermeira desempenha é primordialmente independente – a de atuar para o doente quando lhe falta saúde ou na execução da terapia prescrita”* (Henderson, 1960 citado em George, 2002, p. 107).

Desde os primórdios que a luta contra a doença tem sido uma preocupação constante e as IACS consideradas um problema de saúde pública à escala global com custos diretos e indiretos na sociedade (DGS, 2018; OPSS, 2019) constituindo um desafio significativo para os sistemas de saúde. Estas são definidas como infeções adquiridas no contexto de prestação de cuidados de saúde num ambiente hospitalar ou outra entidade de saúde, em consequência direta dos cuidados prestados e dos procedimentos realizados, podendo também afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade (DGS, 2017; ECDC, 2021).

Em Portugal a taxa de prevalência de IACS em 2017 foi de 7,8 %, sendo reconhecido, pelas diversas instituições de saúde, a existência de custos financeiros, económicos, sociais e individuais que lhe estão associados (DGS, 2022). De acordo com o Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos (DGS, 2022), em Portugal, em 2017, a ILC foi a terceira mais frequente com 18,5%. Esta realidade dos cuidados de saúde é responsável por múltiplos problemas nas instituições e na qualidade de vida dos doentes, tornando-se uma componente crítica para a segurança do doente e, portanto, alvo de melhoria clínica (Pina, *et al.*, 2010).

A ILC é *“multifatorial e está relacionada com a condição do doente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido, ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou, até três meses após colocação de prótese”* (DGS, 2022, p.9). Como tal, existem fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis de onde vão emergir toda uma série de intervenções corretivas. Se a ILC não for alvo de medidas preventivas estima-se um aumento do risco de morte de 2-11 vezes e ao aumento dos dias de internamento, de 7-11 dias (DGS, 2022).

A par da evolução da definição da ILC, alvo de várias atualizações, emergiu o conceito de feixe de intervenções, uma adaptação da literatura portuguesa do termo internacional *“bundle”* e que constitui um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, promovem melhores resultados, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. De acordo com a norma da DGS 020/2015, atualizada a 17/11/2022 que

revoga as normas n.º 020/2015 de 15/12/2015 e n.º 024/2013 de 23/12/2013, são definidos os elementos do “Feixe de Intervenções” a serem aplicados de forma sistemática e integrados no plano de cuidados multidisciplinar nos períodos pré, intra e pós-operatório. Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de medidas baseadas em evidência e pelo cumprimento do feixe de intervenções na sua globalidade (DGS, 2022), promovendo, desta forma, os ganhos em saúde e a segurança do doente.

Na prevenção da ILC estão intrínsecos vários componentes e o banho pré-operatório, enquanto meio para reduzir a carga microbiana e o risco de ILC, é recomendado por várias organizações nacionais e internacionais (WHO, 2018; NICE, 2019; Berríos *et al.*, 2017). Faz parte das intervenções vigentes no feixe e tem sido alvo de inúmeras alterações ao longo dos anos, constituindo uma desafiante e motivadora questão para investigação.

Pode-se constatar que ao longo dos séculos, à custa de avanços e retrocessos, se assistiu à evolução de conceitos importantes nos campos da higiene, epidemiologia, microbiologia e saúde. Com o aparecimento de diferentes motivações, houve produção de conhecimento, embora insuficiente e muitas vezes impreciso, acerca da ILC e da importância do banho pré-operatório. O entendimento da origem, fundamentação e problematização do banho pré-operatório, ao longo dos tempos, permitirá compreender e enfrentar os desafios do presente. Através das tendências passadas e atuais, surge a necessidade de conhecer e compreender o percurso histórico até à atualidade da intervenção de enfermagem do banho pré-operatório na prevenção da ILC. Tal realidade justifica a realização de uma análise ao histórico documental sobre o banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC.

1.2 METODOLOGIA

Qual a origem, fundamentação, problematização e contextualização atual da intervenção de enfermagem: o banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC? Foi esta a questão de investigação que norteou este estudo e, com o objetivo de lhe dar resposta, foi realizada uma RSL de evidência de texto e opinião, elaborada segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (Aromataris & Munn, 2020).

Na formulação da questão de revisão foi utilizada a estratégia PICO (tabela 1) e foram ainda definidos critérios de inclusão e exclusão de artigos (tabela 2).

O objetivo desta revisão é mapear, sintetizar e analisar a evidência da literatura sobre a origem, fundamentação, problematização bem como a contextualização na atualidade da intervenção de enfermagem: o banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC. A

pesquisa procurou identificar todos os documentos produzidos, que abordassem a intervenção de enfermagem: banho pré-operatório e simultaneamente, a evolução da problemática da higiene e da infeção para uma adequada contextualização histórica desta intervenção. Foram considerados como critérios de inclusão: documentos publicados em português, inglês e espanhol referentes à intervenção de enfermagem: banho, que abordassem esta intervenção como medida de prevenção da infeção.

Tabela 1- Metodologia PICO para formulação da questão de revisão

P	População	Doente cirúrgico adulto
I	Fenómeno de interesse	Intervenção de enfermagem - Banho
Co	Contexto	Período pré-operatório

Tabela 2 - Critérios de inclusão dos artigos

Língua do estudo	Português, inglês e Espanhol
Ano do estudo	Sem friso temporal
População dos estudos	Doente cirúrgico
Idade da população	Adulto
Ferramentas de pesquisa	Bases de dados: EBSCOhost e Scopus <u>Evidência não publicada e literatura cinzenta</u> : Google Académico, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Documentos Oficiais e Websites

A revisão foi realizada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval - MEDLINE, System Online Cumulative Index of Nursing and Allied Health - CINAHL, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina, SciVerse Scopus e para a literatura cinzenta, no Google Académico, Websites, Documentos oficiais, Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) durante os meses de Dezembro de 2022 e Janeiro de 2023.

Os descritores usados e validados no MeSH e no DeCs, foram os seguintes: “History”; “Baths”; “Surgical Wound Infection”, “Surgical Site Infection” e os termos não controlados:

“shower”, “showering”, “wash”, “washing”, “infections”, “preoperative”, combinados através dos operadores booleanos “AND” e “OR”, seguindo-se as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

O corpo de revisores incluiu cinco participantes. Três revisores independentes realizaram a avaliação crítica, extração e síntese dos dados. Na pesquisa inicial efetuada através de bases de dados encontrou-se um total de 1667 artigos. Depois de eliminar 58 por serem repetidos, foram incluídos um total de 1609 para leitura de título e resumo. Foram excluídos 1552 por não atenderem aos critérios de inclusão, sendo que a decisão dos estudos a incluir, após leitura de título e resumo, obteve consenso entre as três revisoras independentes. Tendo em conta que estamos perante uma RSL de Texto e Opinião, existiu a necessidade de incluir na estratégia de pesquisa a identificação de estudos por outros métodos. Assim, essa identificação incluiu websites, documentos oficiais e estudos/artigos identificados através de bibliografia pesquisada. O processo de seleção de triagem dos artigos está representado no fluxograma (Apêndice II), elaborado com base no PRISMA. Posteriormente os artigos originais foram recuperados, lidos na íntegra e elaboradas tabelas de evidência para os artigos provenientes das diferentes fontes e métodos (Apêndice III).

1.3 RESULTADOS

Todos os documentos selecionados foram analisados e apresentados nas tabelas de síntese dos artigos (Apêndice III).

1.4 DISCUSSÃO

A história da higiene corporal é, também, uma história social (Vigarello, 2001) sendo que, ao longo do tempo, a conceção de higiene foi sofrendo transformações conforme o contexto social, a religiosidade e os costumes de cada época. A história do banho está apenas parcialmente relacionada com a higiene. Os banhos nem sempre tiveram o significado que hoje lhes atribuímos, sendo que a sua associação com a higiene é uma realidade mais recente (Ashenburg, 2007).

Com a finalidade de identificar a origem e contexto do banho pré-operatório mapeamos cronologicamente a evolução do banho higiénico. A higiene tem sido um conceito valorizado, ao longo dos tempos, pela saúde, mas principalmente pela Enfermagem. Assumindo-se este ponto de vista, há que considerar a contemporaneidade da instauração da

Higiene, como um campo de saber específico, a par do nascimento da Enfermagem Moderna. A Enfermagem Moderna, intimamente associada à figura de Florence Nightingale, foi influenciada pelas discussões científicas sobre a necessidade de controlo epidemiológico através da promoção de ambientes saudáveis e práticas de higiene (Nightingale, 1989).

Embora atualmente o banho seja aceite pelas sociedades modernas como uma prática universal e parte integrante de uma rotina diária individual (Hand, Shove & Southerton, 2005), no passado não foi assim. A história do banho é uma narrativa fascinante que ilustra a relação com os diferentes aspetos culturais, sociais, religiosos e económicos de cada época.

No mundo antigo distinguiram-se civilizações que evidenciaram conhecimentos sobre a importância dada ao banho. Os registos arqueológicos indicam que egípcios, gregos, romanos, indianos e mesopotâmicos atribuíam grande importância à purificação através do banho. Estas culturas perceberam os benefícios de se limpar regularmente e utilizavam os rios, riachos e piscinas naturais para se refrescar e purificar. Os rituais de banho eram comuns em cerimónias religiosas, casamentos, nascimentos e funerais (Bushak, 2015).

A medicina grega dedicava especial atenção à higiene pessoal, baseada na teoria humoral de Hipócrates que procurava o equilíbrio entre os quatro humores principais: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra (Moreno-Martínez *et al.*, 2016). Uma das terapias da medicina hipocrática para restabelecer o equilíbrio humoral eram os banhos, pois "*a água trazia efeitos benéficos, além de purificar a alma pela imersão que lava e renova*" (Volcy, 2004, p. 81 citado por Moreno-Martínez *et al.*, 2016). Também o médico grego Galeno, no século II, recomendou o sabão para fins medicinais (Vermeil *et al.*, 2019). Para os gregos e romanos, os banhos públicos tinham um importante papel social e cultural, além da função primordial de higiene (Moreno-Martínez *et al.*, 2016).

Com a queda do Império Romano, a tradição do banho entrou em declínio na Europa e assistiu-se ao período mais sombrio da história da higiene com o aparecimento de múltiplas epidemias que dizimaram parte significativa da população. Foi durante a Idade Média que as práticas de higiene diminuíram consideravelmente e a falta de banhos regulares era uma característica comum da época (Smith *et al.*, 2012). Neste período "*(...) o desprezo pelo mundano e a mudança nos costumes de higiene pessoal, considerando imoral a contemplação do próprio corpo, levaram ao abandono do banho corporal*" (Piédrola, 2002, pp. 7-8 citado por Moreno-Martínez *et al.*, 2016). A atitude condenatória da igreja apoiava-se no mito que surgiu em torno da água com a crença da permeabilidade do corpo. "*Os corpos cujos poros se mantêm abertos são os mais aptos a apanhar infeção*" (S. Soldi, 1630, p.19 citado por Vigarello) sendo mais atingidos aqueles "*(...) cuja pele e cujos órgãos são*

invadidos pela humidade” (Vigarello, 2001, p. 47). Os banhos desaparecem progressivamente, desconsiderados por transformarem o corpo num “(...) *objecto poroso, contagiado e penetrado por inumeráveis aberturas (...) ao (...) ar pestilento que poderia infiltrar os órgãos e infectar os humores*” (Vigarello, 2001, p. 47).

Um retrocesso nos padrões higiênicos da época, a noção de higiene sofre uma transformação e a lavagem a "seco" passa a dominar através da renovação da roupa usada junto ao corpo. O ideal é manter o corpo limpo através de uma segunda pele que absorva as impurezas expelidas e mantenha uma certa proteção sem os malefícios da água (Moreno-Martínez *et al.*, 2016). No entanto, com o Renascimento, houve um ressurgimento do interesse pelas práticas do banho, especialmente entre a alta sociedade. Um período marcado pelo despertar das ciências e das artes com o surgimento da imprensa e, com ela, publicações e ilustrações sobre as doenças começaram a ser divulgadas (Smith *et al.*, 2012).

Os hospitais eram considerados locais sujos, lotados, mal ventilados e cheios de infeções. Um soldado corria menos perigo ao entrar numa grande batalha do que num hospital (Smith *et al.*, 2012). Na Europa central, as cirurgias eram geralmente realizadas por barbeiros/cirurgiões ambulantes sem formação especializada e com instrumentos cirúrgicos primitivos, sem assepsia ou anestesia. Antes de 1800, 40% dos doentes submetidos a amputações, em grandes hospitais metropolitanos, morriam. A cirurgia era considerada particularmente mortal devido à alta taxa de infeções de feridas e a causa invocada era a “*febre cirúrgica*” ou “*gangrena cirúrgica*” (Smith *et al.*, 2012).

Muitos avanços importantes na medicina e na saúde pública ocorreram **ainda** durante a **Idade Média**. A cirurgia beneficiou também de toda a evolução impulsionada pelas perturbações que as guerras do final do século XVIII e início do século XIX trouxeram. Como na maioria dos conflitos da época, morreram mais vítimas de infeções do que de ferimentos de combate (Worboys, 2018).

A Guerra da Crimeia, na década de 1850, teve um grande impacto na sociedade e na saúde devido à elevada mortalidade e incapacidade causada nos soldados britânicos. Florence Nightingale, conhecida como “A Dama da Lâmpada”, considerada a fundadora da enfermagem moderna, obteve grande projeção a partir da sua participação como enfermeira na Guerra da Crimeia, em 1854. Na sua ação destacou a importância da limpeza, da higiene, da iluminação, da ventilação, de baixos níveis de ruído, da socialização, da nutrição e do repouso (Nightingale, 1989; Moreno-Martínez *et al.*, 2016). Foi considerada uma das precursoras da epidemiologia pelo desenvolvimento da prática da vigilância epidemiológica para a prevenção de doenças infecciosas (Fontana, 2006). A sua visão, avançada para a época,

baseava-se na Teoria Miasmática, segundo a qual a doença se gerava espontaneamente na sujidade ou em espaços fechados (Worboys, 2018).

A terminologia “*infecção de ferida*” começou a ser utilizada apenas no final da década de 1860, anteriormente era aplicado o termo “*males*”. À época acreditava-se que a inflamação das feridas era essencial para o processo de cura, sendo que em feridas limpas, a inflamação produziria exsudado purulento, que seria o substrato para o crescimento e adesão de novos tecidos, chamado de “*pus louvável*” (Worboys, 2018).

Durante o século XIX, marcado por descobertas revolucionárias no campo da microbiologia que permitiram o avanço da ciência médica e a conscientização sobre a importância da higiene, os banhos tornaram-se uma prática comum em muitas sociedades ocidentais. Simultaneamente, o reconhecimento de que os hospitais eram locais onde as doenças podiam ser contraídas e disseminadas ficou evidente quando James Young Simpson constatou que as amputações em ambiente hospitalar infetavam 4 vezes mais do que as em ambiente doméstico (Fontana, 2006). Ao longo da década de 1860, as críticas às condições hospitalares amplamente divulgadas culminaram no surgimento do termo “*hospitalism*” para o que hoje nomeamos de IACS.

Anton van Leeuwenhoek, cientista holandês, desempenhou um papel crucial na história da ciência e da microbiologia com o desenvolvimento e aprimoramento do microscópio e descobertas revolucionárias no mundo microscópico (Fontana, 2006). Já Louis Pasteur, em 1889, desacreditou a teoria miasmática até então dominante (Fontana, 2006). A sua descoberta revolucionou a medicina e a cirurgia ao demonstrar que os microrganismos são responsáveis pelas doenças infecciosas (Nespoli *et al.*, 2011).

Em 1865, Joseph Lister, conhecedor do trabalho de Pasteur, introduziu o conceito de assepsia na sala de cirurgia e no tratamento de feridas. Percebendo as fontes de contaminação, adotou medidas rigorosas de limpeza e desinfecção do ambiente, das mãos dos cirurgiões, dos instrumentos cirúrgicos e, mais tarde, das feridas infetadas. Compreendendo que o tecido lesado era frequentemente contaminado por bactérias e, incapaz de usar o calor para as destruir, recorreu à assepsia química. Em 1865, Lister empregou ácido carbólico (fenol) como um agente desinfetante. A aplicação de soluções de ácido carbólico nas feridas e ao redor do local cirúrgico mostrou-se uma prática inovadora que ajudou a reduzir significativamente as taxas de infeções pós-operatórias. Mais tarde, o ácido carbólico não foi apenas aplicado nas feridas, mas também pulverizado no ar ao redor do campo operatório (Nespoli *et al.*, 2011).

Desde o início que os conhecimentos em enfermagem derivam da intuição e das qualidades do cuidar humano. Neste sentido, encontramos inúmeros rituais de enfermagem que abrangem ações de cura simbólicas que melhoram a condição dos doentes e aí se inclui o banho. Uma análise do banho como atividade altamente valorizada e central para a enfermagem no cuidado de doentes demonstra que os enfermeiros desde sempre defenderam a sua importância para a prevenção de doenças, evidente nos escritos de Florence Nightingale (Wolf, 1993).

O banho higiênico, considerado uma atividade mundana, era menosprezado e encontrava-se sob a responsabilidade da enfermagem como intervenção autónoma. Os enfermeiros sempre reconheceram e valorizaram o banho e os seus benefícios, compreendendo e respeitando-o como reflexo de normas sociais e culturais. Como tal, as expectativas sobre o papel da enfermagem têm tendência a associar bons cuidados a um **cuidado** atento e esmerado com a higiene e a aparência (Nespoli *et al.*, 2011).

A teoria dos germes fez estremecer as bases do saber médico e promoveu uma revolução na sociedade assistindo-se à implementação de legislação sanitária e ao progresso dos estudos higiénicos com a assepsia a revolucionar o mundo da saúde, com implicações fundamentais na prevenção e diagnóstico das epidemias que assolavam a sociedade. Em tempos mais recentes, a evolução do banho progrediu em dois caminhos paralelos: descobertas químicas sobre desinfetantes e descobertas médicas sobre a possível relação entre banho e saúde (Vermeil *et al.*, 2019).

Com o passar dos anos, várias instituições de saúde, organizações e comissões de prevenção e controlo de infeções desempenharam papéis importantes na disseminação de diretrizes e protocolos relacionados à higiene pré-operatória fornecendo recomendações sobre a preparação adequada antes da cirurgia, incluindo o banho pré-operatório. O banho pré-operatório surge ligado à diminuição da carga microbiana, confirmada através dos vários estudos que começam a investigar a sua influência na problemática da ILC. Neste sentido, a implementação do banho pré-cirúrgico como uma medida para reduzir o risco de infeção da ferida cirúrgica não é atribuída a um nome específico e individual, mas é o resultado de um esforço conjunto e contínuo da comunidade médica, pesquisadores e organizações de saúde para melhorar os cuidados cirúrgicos e reduzir o risco de infeções (Vermeil *et al.*, 2019).

Apesar dos avanços na área da prevenção e controlo de infeção, só em 1982, através do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), surge uma guideline que compila as várias intervenções essenciais para a redução deste tipo de infeções. Esta refere o banho com antisséptico na noite prévia à cirurgia como uma medida recomendada, sem, contudo,

adiantar mais informações. No entanto, de acordo com o nível de recomendação, esta intervenção era pouco recomendada pela falta de total comprovação na diminuição das infeções, mas ainda assim um marco fundamental na prevenção da ILC (CDC, 1982).

Em 1999, o CDC publica uma nova norma onde surge, pela primeira vez, a nomenclatura de ILC em detrimento da previamente utilizada. Esta norma sugere o banho antisséptico pré-operatório, sendo que se privilegia o Gluconato de clorohexidina (CHG) em relação à iodopovidona, dado os estudos indicarem uma diminuição da contagem de colónias da pele com o uso do primeiro antisséptico. Apesar da evidência referida anteriormente, não se conseguiu comprovar a diminuição da ILC com o banho pré-operatório com CHG.

Várias entidades oficiais desenvolveram pareceres sobre esta temática, tendo a National Institute for Health and Care Excellence (NICE), em 2008 e 2019, uma opinião contraditória, já que defendia que o banho pré-operatório deve ser efetuado na véspera ou no próprio dia da cirurgia, mas apenas com sabão simples.

A OMS, em 2009, divulga um documento onde estão patentes Orientações para a Cirurgia Segura, da qual faz parte, a importância do banho pré-operatório na redução do número de bactérias, não referindo uma vez mais uma confirmação da sua correlação com a influência na redução da ILC. A OMS recomenda o banho pré-operatório com um antisséptico, mas não elege um em particular. Em 2018, a mesma entidade vai mais longe e elabora um conjunto de guidelines para a prevenção da infeção do local cirúrgico, onde continua a considerar o banho pré-operatório como uma boa prática clínica para os doentes, sugerindo que um simples sabão comum ou sabão antimicrobiano pode ser utilizado para este fim. Demonstra que existe uma fraca evidência sobre a recomendação do uso de toalhetes impregnados com CHG, como forma de reduzir a ILC.

Em Portugal, em 2013 emerge a primeira norma, sob a chancela da DGS, onde o banho pré-operatório, segundo os níveis de evidência, é fortemente recomendado, devendo o doente tomar banho com solução antisséptica, incluindo o couro cabeludo, na véspera e no dia da cirurgia, sendo este último com pelo menos duas horas de antecedência. Uma vez mais, não é especificado qual a solução antisséptica a ser selecionada.

Em 2015, a DGS denomina a nova norma como Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, definindo assim um conjunto de intervenções que só promovem a redução da infeção se cumpridas na sua totalidade. Relativamente ao banho pré-operatório, a alteração efetuada corresponde à definição da CHG a 2%, como antisséptico de eleição.

Em 2017, o CDC faz uma ligeira alteração em relação ao banho pré-operatório, definindo que este deve ser efetuado pelo menos na noite anterior com sabão (antimicrobiano ou não antimicrobiano) ou um antisséptico, sendo que continuam a referir que não existem estudos suficientes que comprovem a eficácia da CHG na prevenção da ILC.

Recentemente foi divulgada uma norma atualizada da DGS sobre “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico (2022), onde o banho mantém a mesma indicação, à exceção da CHG poder ser de 2 a 4% e **no caso de existir contraindicação**, sendo uma intervenção fortemente recomendada e suportada por estudos clínicos, experimentais e epidemiológicos.

Mundialmente vários são os estudos efetuados sobre o banho pré-operatório, desde a sua aplicabilidade, eficácia e produtos a serem utilizados. O modo de aplicação do antisséptico também foi sofrendo alterações, assim, segundo um estudo publicado em 2008 e, acreditando que a clorhexidina seria eficaz na redução da carga microbiana da pele, tentou-se perceber se o modo de aplicação com sabão ou toalhetes seria igualmente eficaz. Edmiston *et al.* verificaram que a aplicação dos toalhetes resulta sem lacunas na cobertura antisséptica permitindo uma maior concentração da CHG na superfície da pele, ao contrário do sabão que demonstrou ter algumas falhas, mesmo após a sua repetição. Este estudo remete também para a importância de ser efetuado o ensino ao doente sobre como deve ser realizado o banho, uma vez que muitos são autónomos e só se for realizado corretamente garante a sua eficácia. A importância do ensino ao doente é reforçada em 2011, numa revisão sistemática sobre o duche de desinfeção pré-operatória para prevenir ILC, evidenciando que os profissionais de saúde, devem ser claros e consistentes nas informações que transmitem sobre os procedimentos a realizar (Jakobsson *et al.*, 2011).

Nos EUA, em 2013, foi publicado um estudo comparativo sobre a eficácia do banho pré-operatório com recurso à CHG 4% em sabão, em dois momentos distintos, e com recurso à CHG 2% em toalhetes, 3 horas antes da cirurgia cardíaca. Os resultados indicaram uma redução geral da infeção no grupo que utilizou os toalhetes com 2% CHG e sugeriram um protocolo de enfermagem para esta intervenção que incidisse na educação aos doentes sobre a sua aplicação. Confirmou também que a CHG é eficaz contra fungos, bactérias gram-positivas e gram-negativas e outros patógenos multirresistentes, não perdendo a eficácia na presença de sangue (Graling & Vasaly, 2013). Desta forma, esta eficácia da CHG sobre grande parte dos microrganismos poderá justificar a sua influência na diminuição da infeção do local cirúrgico.

O estudo de Webster *et al.* (2015), considerado um marco na investigação desta questão, tinha como questão de investigação rever as evidências existentes para correlacionar o banho pré-operatório com antissépticos na prevenção da infecção nosocomial na ILC. Este estudo compilou várias investigações num friso temporal, tendo em 2015, concluído que o banho reduz a microflora da pele, mas não é muito clarividente que essa redução da microflora influencie a redução da ILC. Com esta investigação robusta foi, uma vez mais, demonstrado que não existe evidência clara do benefício do banho pré-operatório com recurso à CHG em detrimento de outros produtos para reduzir a ILC.

Ainda no mesmo ano surge uma análise contraditória, um novo estudo veio eleger novamente a CHG e evidenciar que existe uma melhor eficácia se forem definidos um regime padronizado de banho pré-operatório e um aumento das concentrações deste antisséptico. Para a padronização do banho preconiza-se a realização de 2 banhos sequenciais, com pausa de pelo menos 1 minuto antes de enxaguar, tendo este diminuído 9x as colónias bacterianas, sendo que a iodopovidona ou sabonete com triclocarbon reduz 1.3 a 1.9x (Edmiston *et al.*, 2015). Este estudo veio salientar a eficácia da CHG comparativamente com outros produtos com o mesmo potencial de ação.

Apesar de vários estudos defenderem a eficácia do banho pré-operatório com recurso à CHG, em 2019 surge um estudo que foi mais longe e tentou perceber se esta prática seria igualmente eficaz para a *Cutibacterium*, principal responsável pelas infeções periprotésicas do ombro. Verificou-se que a CHG não atua sobre esta bactéria, apesar de demonstrar ter ação sobre outras, tais como *Staphylococcus* (Matsen *et al.*, 2020).

Relativamente à diminuição da ILC, a literatura nacional e internacional descreve que esta só é conseguida através da aplicação de várias intervenções e não de forma isolada, referindo Guzman-Pruneda *et al.* (2018) que apenas a preparação intestinal mecânica e a profilaxia antibiótica são intervenções com benefício validado para a prevenção da ILC na cirurgia colorretal.

Embora a sociedade trate o banho como um assunto pessoal, esta é uma temática plural desde o começo da história humana. A forma como as práticas de banho se espalharam e evoluíram ao longo do tempo através de diferentes culturas vem demonstrar que, no futuro, as práticas de banho continuarão inevitavelmente a evoluir fruto da interação intercultural mas também das novas evidências científicas (Iboshi, 2021). Neste sentido, também o banho pré-operatório percorreu um longo caminho, caracterizado por muitas alterações suportadas por estudos e opiniões. O banho pré-operatório como se percebe na discussão elaborada,

continua a ser recomendado, já as soluções a utilizar bem como a periodicidade e formas de aplicação são ainda alvo de opiniões díspares.

1.5 CONCLUSÃO

Partindo-se da premissa de Dewey (2004), “*O passado é a chave para compreender o presente*”, esta RSL propõe-se a descrever e analisar as múltiplas contribuições individuais e coletivas na construção e renovação do corpo de conhecimentos que suportam uma prática baseada em evidência conducente a ganhos em saúde. Além do mais, estudar o passado é esclarecedor e útil especialmente nesta era de especialização crescente para a Enfermagem.

Tendo o fenómeno de investigação contemplado um friso temporal muito abrangente, a dificuldade encontrada prende-se sobretudo com a falta de registos escritos, sendo que, apesar da ausência de referências comprovativas, um determinado comportamento ou atividade possa ser muito mais antigo do que o seu primeiro registo escrito. Esta escassez de documentação foi uma importante limitação deste estudo, na medida em que se torna difícil identificar o momento em que o banho higiénico surgiu como intervenção de enfermagem associado ao período pré-operatório ou associado à prevenção da ILC. É por esta razão que são exploradas algumas abordagens anteriores ao aparecimento da higiene enquanto ciência. Os estudos encontrados reclamam a necessidade de futuras investigações para avaliação da eficácia do banho pré-operatório na prática clínica.

A estratégia de pesquisa contemplou estudos, artigos de opinião, dissertações, websites e normas nacionais e internacionais entre outras formas de pesquisa utilizadas, demonstrando opiniões díspares relativamente à eficácia do banho pré-operatório.

Apesar de o banho pré-operatório ser uma questão de investigação atual, sabe-se que os cuidados de higiene e o banho higiénico têm documentada a sua funcionalidade e benefício. No entanto, o banho pré-operatório continua a ser controverso tanto em relação à sua aplicabilidade na diminuição da ILC como na utilização de antissépticos ou sabão. A evidência documental indica que o banho pré-operatório é uma intervenção de enfermagem identificada como uma prática essencial para a diminuição microbiana da pele, no entanto quanto à sua eficácia na diminuição na ILC, as evidências são mistas.

Em Portugal, o banho pré-operatório mantém-se como uma intervenção essencial na prevenção da ILC, constituindo uma intervenção integrante do feixe de intervenções da DGS atualizado em 2022, que está fortemente recomendado e sustentado por diversos estudos. A sua relevância prende-se com as taxas de ILC crescentes, número elevado de doentes

colonizados/infetados previamente à cirurgia e o problema mundial relacionado com a resistência aos antimicrobianos. Sabe-se que a nível nacional, atualmente, esta intervenção está indicada, suportada por um nível de evidência forte, no entanto amanhã poderá não estar, resultado de uma ciência dinâmica e em constante desenvolvimento.

Assim sendo a nível nacional, o banho pré-operatório é recomendado com clorexidina, incluindo do couro cabeludo, na véspera e dia da cirurgia, devendo neste caso ser feito com pelo menos duas horas de antecedência. Para que o banho pré-operatório seja adotado como intervenção essencial na prevenção da ILC, é essencial que sejam estabelecidos protocolos a nível hospitalar, de forma a uniformizar as práticas desde a sua periodicidade, antisséptico a aplicar, bem como a forma como fazê-lo, seguindo desta forma as diretrizes e recomendações estabelecidas pela DGS.

Em geral, a prevenção de ILC envolve uma abordagem multimodal, que inclui uma combinação de medidas, como profilaxia antibiótica, higiene das mãos, técnicas cirúrgicas assépticas, avaliação da temperatura, entre outras. O banho pré-operatório pode ser considerado como parte de um conjunto abrangente de medidas preventivas, mas sua eficácia isolada ainda é objeto de debate e pesquisa contínuos.

De acordo com o exposto anteriormente, considera-se que esta RSL de Texto e Opinião tem suporte para uma investigação futura, uma vez que é considerado um assunto com opiniões díspares, ficando lançado o desafio.

Continua a ser mais atual do que nunca, a importância do pensamento crítico aplicada à prática. Este estudo reflete também as fragilidades e desafios existentes no campo da enfermagem em toda a sua dimensão de atuação. A problemática da ILC, pela sua dimensão e implicações, carece da utilização de todas as ferramentas ao nosso alcance, sendo o estudo do passado uma fonte importante de conhecimento. Aprendemos com os erros, mas também com os avanços e o passado ainda se apresenta como fonte de inspiração e representatividade documentada.

CAPÍTULO II - PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nos últimos tempos, tal como nos demais setores, também a saúde tem sofrido múltiplas transformações afim de se ajustar e responder às exigências de um mundo globalizado, competitivo e em constante mudança. Neste sentido, é pedido aos profissionais de saúde uma adaptação a estas contingências, sendo decisivo e crucial que haja investimentos nas pessoas e nas organizações públicas (Carapeto & Fonseca, 2006). Isto pressupõe um investimento da parte de todos os profissionais, incluindo dos enfermeiros. A excelência do exercício profissional em enfermagem exige compromissos. A formação contínua permite a aquisição e atualização dos conhecimentos e competências. Portanto, cabe a cada enfermeiro, no contexto da sua prática, assumir um papel principal na formação individual e dos pares, bem como na investigação, refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca de qualidade nos e dos cuidados de enfermagem que presta.

Segundo Alarcão e Rua (2005), a natureza do exercício profissional dos enfermeiros e os caminhos da sua formação ganham sentido se perspectivados numa lógica de complementaridade e interdisciplinaridade. Quer isto significar que passam de ter somente uma sustentação disciplinar para se fundir com os saberes experienciais, e, nesta relação dinâmica, emerge o agir profissional integrado e competente. No entanto, a competência não é um estado ou um conhecimento específico e possuído, não se reduz a um só saber, mas no saber utilizá-la com eficácia e eficiência.

Já Le Boterf (2003) situa a competência numa encruzilhada com três eixos formados pela pessoa, pela formação académica e pela experiência profissional. Implica saber como mobilizar ou ativar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional ou perante circunstâncias inesperadas, de acordo com as especificidades e necessidades que cada uma comporta.

A competência “(...) implica a manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê. Implica mais ainda. Implica conhecer os limites do seu saber, isto é, o seu não-saber” (Alarcão e Rua, 2005, p. 376).

O processo de aquisição de competências é dinâmico e desenvolve-se ao longo da vida profissional, de forma progressiva e temporal, nos contextos de trabalho e implica um conjunto integrado de capacidades cognitivas, sócio-afetivas, relacionais, organizacionais, saberes teóricos e habilidades técnicas aplicadas ao contexto da prestação de cuidados (Phaneuf, 2005; Benner, 2001).

Na busca de elevados padrões de qualidade, a OE sentiu necessidade de definir as competências comuns do EE, considerando-o um enfermeiro *“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Regulamento n.º 122/2011, p.8648). Este, partilha de um grupo de competências comuns *“demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória”* (Regulamento no. 140/2019, p. 4745) e competências específicas *“que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (Regulamento no. 140/2019, p.4745).

Sabendo que, *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados”*, através do recurso à *“existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem”* assim como à *“existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (...)”* (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p.17243). O mesmo comprova ser fundamental aliar a utilização dos modelos teóricos e dos pressupostos da investigação na prestação de cuidados. O Modelo para a Mudança da PBE de June Larrabee é cada vez mais defendido, uma vez que conjuga a prática clínica com a melhor evidência científica que provém da pesquisa sistemática, guiando assim a nossa decisão (Larrabee, 2011). A Enfermagem, enquanto profissão, busca simultaneamente uma abordagem de prática baseada na teoria e na intuição, resultante da experiência individual e de processos assentes na opinião pessoal. Este ambiciona mudar o paradigma da prática tradicional defendendo uma prática de cuidados em saúde que integre um pensamento crítico, em que se questione constantemente e se justifiquem as ações em pesquisas científicas, em investigação e nos resultados obtidos nas mesmas. Considerando

que a PBE fomenta um investimento contínuo na melhoria da qualidade dos cuidados facilitando a identificação e resolução de necessidades encontradas na prática clínica e centradas no doente fundamental para o aumento da segurança do doente, este foi o modelo teórico que norteou a linha de pensamento e atuação que orientou a prestação de cuidados à PSC neste percurso académico.

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica - Pessoa em situação crítica pressupõe a realização de um estágio de 360 horas, exigindo dois contextos específicos: um SU e uma UCI.

Este capítulo está dividido em três subcapítulos. Um primeiro em que pretende apresentar os motivos que levaram à creditação à UC Estágio de Vigilância e Decisão Clínica (VDC), e os restantes dois, o processo de desenvolvimento de competências nos contextos de estágio experimentados. No conjunto apresenta os objetivos estabelecidos, descreve as atividades desenvolvidas durante os estágios realizados e efetua uma análise crítica e reflexiva de todos os momentos relevantes de aprendizagem e o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.

2.1 VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

A aquisição de competências faz-se pelo percurso académico, mas também pela experiência profissional. que permite o seu desenvolvimento que poderá reportar e mobilizar para outro contexto. Como tal, os estágios pressupõem que o enfermeiro possua um conjunto de conhecimentos e vivências decorrentes da sua prática diária e experiência profissional, constituindo uma base importante para o desenvolvimento de novas competências e onde se desenvolve e constrói uma prática avançada. Este relatório contempla também um período respeitante à UC VDC, sendo importante referir que, nos termos do Artigo 4º do Aviso 3127/2016, publicado no Diário da República, 2ª série - Nº 47- 8 de março de 2016 (Diário da República nº47/2016), foi atempadamente solicitada a creditação. A creditação foi **deferida**, assinalando que as competências pré-existent suportariam o restante percurso académico bem como a aquisição de novas competências.

O meu percurso profissional distinguiu-se por, desde cedo, incluir contextos da prática clínica muito específicos. Iniciado na hemodiálise em contexto de clínica durante 2 anos, prosseguiu para o perioperatório onde exerci funções num Bloco Operatório (BO) de especialidade com atividade cirúrgica eletiva, mas também urgente e emergente de um centro hospitalar universitário com centro de trauma integrado na zona metropolitana de

Lisboa, para, mais recentemente, retornar à diálise agora em contexto hospitalar. Aquando da realização dos estágios, exercia funções no BO de especialidade e é sobre essa experiência profissional que irei refletir.

Segundo a AESOP (2006), o BO constitui-se como uma unidade orgânica e funcional formada por um conjunto integrado de meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados. Para os enfermeiros, este contexto oferece um considerável campo de intervenção, com funções muito específicas e responsabilidades acrescidas que exigem uma soma de conhecimentos e habilidades de natureza diversa (Uniabode, 2001). Assim, é imprescindível estar-se preparado para modificações rápidas e inesperadas, pois as emergências ocorrem com frequência e o tempo de reação é importante para dar resposta a essas situações (Vargas, 2010), de forma rápida, precisa e segura (AESOP, 2006). Da necessidade de atuar rapidamente com respostas técnicas, científicas, humanas e emocionais advém a capacidade de trabalhar eficazmente sob pressão, possibilitando a gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional. É um ambiente que favorece o desenvolvimento de uma franca capacidade de gestão de prioridades, promoção e proteção dos direitos humanos, gestão das práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do doente bem como a gestão de stress emocional.

Em contexto de urgência, conto com a necessidade de um saber abrangente, lidando com diferentes níveis de cuidados à pessoa em situação perioperatória e PSC. De acordo com o Regulamento de CEEE em EMC na área de Enfermagem à PSC, considera-se PSC *“(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Regulamento no. 429/2018, 2018, p. 19362). A prestação de cuidados à PSC implica um conjunto de competências, pelo que é da máxima importância a sua aquisição e desenvolvimento para a capacitação profissional. De acordo com o Regulamento no. 429/2018 (2018, p.19362), estes cuidados caracterizam-se por *“... cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco de vida imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”*.

Assim sendo, ao longo destes 4 anos adquiri e desenvolvi competências técnicas, comportamentais, organizacionais e humanas que permitiram uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade a todos os intervenientes no contexto cirúrgico. Essas

competências contemplam a identificação de problemas e o planeamento de intervenções, prevenindo riscos e identificando potenciais problemas, com o objetivo de garantir cuidados seguros e de qualidade. A minha intervenção evidencia-se, desde logo, pelas competências de comunicação e humanas até ao saber mais técnico e científico que permite intervir com rapidez e eficiência na execução das mais diversas técnicas de suporte à PSC e participação na tomada de decisão. Segundo Benner (2001), o conhecimento inerente à competência de uma tomada de decisão complexa é a chave do progresso da prática de enfermagem. Consequentemente, a tomada de decisão deve comportar um conjunto de conhecimentos alargados e atualizados, implicando respostas adequadas através de uma panóplia de opções baseadas na evidência empírica (Nunes, 2006; Oliveira, 2007).

No decurso da minha prática, no âmbito das competências desenvolvidas, assumi funções de enfermeira de apoio à anestesia, enfermeira circulante, enfermeira instrumentista e enfermeira de cuidados pós-anestésicos. Desta forma, as minhas intervenções incluíram a mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para estabelecer uma relação terapêutica empática, o diagnóstico precoce de complicações, a monitorização intensiva das funções fisiológicas com o reconhecimento de situações de instabilidade e risco de vida, intervindo de forma apropriada, a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, otimizando as respostas, a gestão da comunicação em equipa, a gestão dos gastos adequando-os às necessidades e a continuidade dos cuidados. Assumi ainda funções no âmbito da coordenação dos cuidados ao doente, defendendo sempre os seus interesses e promovendo a segurança e o bem-estar de todos os intervenientes. Desenvolvi ainda atividades na área do controlo da infeção e da segurança e participei na elaboração, aplicação e controlo de protocolos. Como enfermeira integradora, orientei e supervisionei a integração de novos elementos no serviço e nas dinâmicas do mesmo, adequando os processos pedagógicos seleccionados e adaptando o meu estilo de liderança ao clima organizacional e à maturidade profissional do novo elemento.

2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA

Este estágio decorreu no período de 5 de Setembro a 26 de Outubro de 2022, com um total de 180 horas de contacto num SUGP, pertencente a um centro hospitalar e universitário da região metropolitana de Lisboa. A escolha deste campo de estágio deveu-se ao facto de este integrar a instituição onde exercia funções na altura. A estrutura do centro hospitalar, nas suas diversas valências, está organizada de forma a garantir a articulação

necessária e possibilitar a continuidade de cuidados ao doente crítico, desde o pré-hospitalar, passando pela urgência geral até aos cuidados diferenciados prestados em unidades específicas como blocos operatórios ou cuidados intensivos (SPMS, 2021).

Inserido numa instituição pública altamente diferenciada em tecnologias e saberes, o SUGP funciona como uma área clínica transversal cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade aos doentes que a ela se dirigem, em particular os da sua área de referência (SPMS, 2021). Dada a grande diferenciação técnica e polivalência, com capacidade para receber e tratar doentes com todos os tipos de patologias, é considerado serviço de referência a nível nacional, dando resposta a uma grande área geográfica com uma área de referenciação alargada estimada em 2,3 milhões de habitantes (SPMS, 2021).

Quanto à atividade assistencial, assume-se por urgência *“um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo”* e emergência *“um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”* (ACSS, 2015, p. 1). O SU é classificado como serviço de urgência polivalente, ou seja, de acordo com o Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014), é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área e integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência, (Despacho nº13427/2015, 2015) como Serviço de Urgência Polivalente/ Centro de Trauma, funcionando 24 horas por dia/ sete dias por semana.

Devido à extensão e complexidade do serviço, este divide-se por sectores, tais como triagem, área de ambulatório, balcões de atendimento com uma área dedicada a doentes em macas e área dedicada a doentes em ambulatório, salas de pequena cirurgia, unidades de observação, salas de emergência (reanimação e trauma) equipadas com Rx e preparadas para realização de intervenções cirúrgicas emergentes e ainda um quarto de isolamento com pressão negativa. Conta ainda com áreas de apoio material e de apoio clínico (exames complementares de diagnóstico), posto da polícia de segurança pública (PSP) e uma base da viatura médica de emergência e reanimação (VMER) em edifício exterior.

Durante o estágio, apesar de ter prestado cuidados em todas as valências acima referidas, de forma a tornar a experiência mais enriquecedora, este desenvolveu-se maioritariamente na sala de emergência (SE) tendo vivenciado situações bastante importantes e facilitadoras do meu processo de aquisição de competências.

A realização deste estágio encontrou a sua pertinência na oportunidade de treino de tomada de decisão num curto espaço de tempo quanto às intervenções a implementar e quais os *outcomes* tidos como prioridade com vista à estabilização da pessoa vítima de doença súbita ou trauma. Estimulante e desafiadora, a atividade profissional dos enfermeiros no serviço de urgência apresenta-se como uma componente fundamental na assistência à PSC e sua família. A atuação do enfermeiro é indispensável em contexto de urgência, mobilizando e desenvolvendo competências científicas, tecnológicas e humanas tendo, para além de fazer face às necessidades da pessoa em situação crítica, dar resposta às necessidades da família que vivencia uma transição abrupta em que a vida do seu familiar se encontra em risco (Dantas *et al.*, 2015).

Defini como objetivo geral para este estágio “Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em EMC à PSC e sua família em contexto de serviço de urgência” e, como objetivos específicos “Prestar cuidados especializados à pessoa e sua família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” e “Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente com patologia vascular aneurismática da aorta no serviço de urgência”.

Iniciei este estágio cheia de entusiasmo e, ao mesmo tempo, de apreensão por saber tratar-se de um serviço com uma complexidade e ambiente totalmente diferentes do local em que exercia funções. Apesar de lidar de perto com o doente crítico, a mudança de contexto condiciona o desempenho independentemente das competências adquiridas anteriormente, o que é explicado no Modelo de Competências de Benner (Benner, 2001).

Apresento uma experiência vivenciada exemplificativa das unidades de competências melhoradas aqui desenvolvidas: a Sr.^a R., de 68 anos de idade, previamente autónoma e com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial e dislipidemia, apesar de o familiar referir uma não adesão ao regime medicamentoso por melhoria sintomática e dificuldades de carácter económico. A Sr.^a foi transportada pela VMER por episódio de queda da própria altura, não presenciada, com perda de consciência. A informação da equipa que prestou auxílio no local referia dor tóracoabdominal intensa e dilacerante com irradiação dorsal e sensação de dispneia súbita assim como cefaleias intensas. Foi encaminhada para o SU, tendo dado entrada na SE polipneica, taquicárdica, obnubilada, diaforética e com extremidades frias. Sob supervisão do enfermeiro orientador, acolhi a doente, recebi a informação transmitida pelo enfermeiro do INEM e realizei a avaliação inicial tendo por

base a metodologia “ABCDE”¹. Segundo a DGS (2010), esta deve ser a abordagem inicial efetuada em qualquer nível de assistência.

Neste caso, a Sr^a. R. tinha via aérea patente, no entanto, a ventilação, a circulação assim como o estado de consciência demonstraram ser representativas de problemas². A ventilação foi otimizada através de aporte de oxigénio a 5L/min por máscara facial para spO₂ alvo de 94%. Apresentava hipotensão severa, taquicardia, extremidades frias com tempo de preenchimento capilar prolongado. De imediato, puncionei outro acesso venoso periférico de grande calibre para assegurar a administração de fármacos e fluidoterapia antecipando a necessidade destes³. Realizei colheita de sangue e organizei a realização de exames complementares de diagnóstico⁴ sendo que os resultados do ECG e Rx de tórax não evidenciaram alterações, enzimas cardíacas dentro da faixa de normalidade, somente uma discreta anemia (10 g/dl). Auscultação pulmonar e cardíaca sem alterações. Procedi à administração de terapêutica prescrita para controlo de dor⁵ e implementação de suporte aminérgico com necessidades crescentes de doses. Para assegurar a administração de terapêutica optou-se pela colocação de um cateter venoso central e linha arterial via radial, permitindo assim a monitorização hemodinâmica. Colaborei na preparação do material e apoio aos procedimentos invasivos realizados⁶, com especial atenção aos cuidados com a assépsia⁷. A doente mantinha instabilidade hemodinâmica⁸ e uma marcada depressão do estado de consciência com hematoma retroauricular que comuniquei à equipa⁹, coloquei imediatamente colar cervical¹⁰ e foi decidido levar a doente a realizar exame imagiológico complementar.

Perante um episódio de crise convulsiva seguido de paragem cardiorrespiratória (PCR) em ritmo de atividade elétrica sem pulso (AESP), assegurei condições de segurança¹¹ e iniciei medidas de suporte avançado de vida (SAV)¹². Após ter recuperado circulação espontânea verificou-se necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI), procedendo-se à intubação orotraqueal na qual colaborei¹³. Após acompanhamento da doente ao exame de

¹ Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis. (Reg. 429/2018)

² Identifica prontamente focos de instabilidade. (Reg. 429/2018)

³ Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. (Reg. 429/2018)

⁴ Integra a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção. (Reg. 429/2018)

⁵ Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. (Reg. 429/2018)

⁶ Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. (Reg. 429/2018)

⁷ Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos. (Reg. 429/2018)

⁸ Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados. (Reg. 429/2018)

⁹ Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe. (Reg. 429/2018)

¹⁰ Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação. (Reg. 429/2018)

¹¹ Define prioridades de atuação. (Reg. 429/2018)

¹² Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma. (Reg. 429/2018)

¹³ Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia. (Reg. 429/2018)

angio-TC crânio e corpo, este evidenciou fratura na base do crânio. Foi pedida colaboração da equipa de cirurgia vascular que diagnosticou disseção da aorta torácica, Stanford tipo B, com início na aorta torácica descendente a terminar na aorta abdominal. Decidida intervenção cirúrgica urgente, sendo que tal implicaria o transporte intra-hospitalar para outro hospital do mesmo centro. No entanto, apesar de todas as medidas implementadas, as condições para a realização do transporte em segurança não estavam asseguradas¹⁴. Segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023; p.18) *“O período de transporte pode originar grande instabilidade podendo agravar o seu estado clínico e originar eventos adversos que deverão ser antecipados.”* e *“Se se presumir que (...) não vai alterar a (...) o prognóstico do doente ou se o transporte constitui um risco significativo, então a sua realização deve ser reavaliada.”* Posteriormente, teve um novo episódio de PCR novamente em ritmo de AESP. Após vários ciclos de SAV, em parte com a cooperação do LUCAS (Lund University Cardiopulmonary Assist System) sem recuperação, foi decidida, face a todas as medidas já implementadas, o tempo decorrido desde o início da situação e o possível diagnóstico, suspender medidas de SAV, tendo a Sr.^a R. acabado por falecer.

Apesar de esta situação ter sido bastante rica para aquisição de conhecimentos técnico-científicos, o momento que se seguiu foi igualmente produtivo no processo de desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais. No meu contexto de trabalho à época, o contacto com a família era praticamente inexistente e, como tal, a perceção efetiva acerca das minhas competências nesta área não estava bem definida.

A comunicação é uma constante no nosso quotidiano e é na interação entre enfermeiro e PSC/família que emerge a situação de comunicação de más notícias (Fonseca, 2012), notícias essas que poderão ter repercussões físicas, psicológicas, espirituais, sociais e familiares tanto na pessoa que as recebe como no profissional que as transmite (Santos, 2017; Sequeira, 2016). Este processo de comunicação e gestão de más notícias é complexo e suscetível de ser fonte de desconforto e, por isso, torna-se pertinente o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, no sentido de garantir a qualidade destas relações em situações de crise. Serão, possivelmente, os enfermeiros os elementos mais capazes desta comunicação na medida em que este profissional *“(...) está em posição privilegiada para perceber o momento certo de dar determinada informação; para perceber naquele momento qual a quantidade de informação que o doente é capaz de suportar; para*

¹⁴ Assegura meios de evacuação e transporte. (Reg. 429/2018)

distinguir a altura indicada para contar a verdade ou, pelo contrário, para a omitir; para perceber quando o doente não entendeu a mensagem e o ajudar dando as explicações necessárias” (Martins, 2004, p. 18).

Este desfecho não era expectável para a família. Na sala de espera encontrava-se o marido, as duas filhas e um neto de tenra idade da Sr.^a R. que passaram a ser o foco dos meus cuidados. Comunicar más notícias à PSC e seus familiares é uma das mais difíceis e importantes intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, quer pela gravidade das situações, quer pelas questões éticas inerentes. A comunicação de más notícias nos serviços que recebem doentes em estado crítico, nomeadamente SU, exige dos profissionais de saúde uma agregação de competências e atitudes únicas, de forma a informar adequadamente a PSC/família (Magalhães, 2014).

Antes de abordar a família, decidi que seria desejável prestar os cuidados ao corpo e transferi-lo para um ambiente mais sossegado e resguardado, permitindo uma despedida mais privada e intimista¹⁵. A minha intervenção passou por acompanhar os familiares ao local de despedida e permanecer junto deles, disponível para as suas necessidades naquele momento de dor e de perda. Inicialmente, questionei-me se estaria efetivamente preparada para o fazer¹⁶, já que aquele momento me recordava uma experiência pessoal muito dolorosa. Decidi fazê-lo e que até talvez fosse a pessoa mais indicada¹⁷. Falei com eles despida do papel de profissional, sem nunca deixar de o ser¹⁸. Preparei-os para a fragilidade e dureza daquele momento¹⁹ e sugeri a reconsideração da presença de uma criança de 3 anos. Ter permitido e facilitado o momento da despedida daquela família, apesar de toda a azáfama vivida no SU, foi uma decisão que reconheço como a mais acertada, mas também uma das mais difíceis em que participei. Contudo, comunicar más notícias não é uma tarefa fácil e requerer conhecimento e preparação e, para tal, existem protocolos que auxiliam os profissionais de saúde. Utilizei o protocolo SPIKES que se organiza em seis etapas para orientar os profissionais de saúde a comunicar más notícias, abordando diretrizes básicas, como: preparação e postura do profissional (setting up), perceção do doente e família (perception), convite ao diálogo (invitation), transmissão de informação e conhecimento (knowledge), expressão das emoções (emotions), organização de estratégias e síntese (strategy and summary). Apesar da minha inexperiência nestas situações, considero que

¹⁵ Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto. (Reg. 429/2018)

¹⁶ Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. (Reg.140/2019)

¹⁷ Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. (Reg.140/2019)

¹⁸ Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. (Reg. 429/2018)

¹⁹ Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica. (Reg. 429/2018)

consegui lidar da melhor forma possível, estabelecendo uma relação terapêutica com esta família, estando presente, demonstrando disponibilidade e assistindo-a nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, neste caso a morte e o início do processo de luto.

O respeito pela dignidade humana pressupõe reconhecer que cada ser humano é um fim em si mesmo, e nunca um meio ou um instrumento de outra vontade. Ser pessoa é um processo contínuo e dinâmico e não um estado fixo. A pessoa consubstancia as dimensões da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia (Decreto-Lei nº 161/96 alterado pelo DL nº104/1998, 1998). Ora a dignidade humana é o pilar fundamental que sustenta outros princípios, nomeadamente, da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Durante o estágio, a minha atuação pautou-se pelo reconhecimento e respeito destes princípios éticos, desde a promoção da privacidade do doente, ao respeito pelas suas preferências, a garantia da informação à pessoa e família, a confidencialidade e a segurança da informação, ou seja, procurei agir sempre de acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem, pilar essencial da minha prática.

Recordo uma situação particular em que a postura e a atuação adotadas pela equipa multidisciplinar, a meu ver, colocaram em risco estes princípios: a Sr^a M, uma jovem de 30 anos, veio transferida de um hospital distrital para estudo por suspeita de diagnóstico de esclerose múltipla com indicação para realizar uma punção lombar. Claramente nervosa e preocupada, estava simultaneamente a ser preparada para o procedimento pelo enfermeiro enquanto um médico a informava acerca do procedimento e os seus riscos e a instruía na colaboração. A sua aflição era realmente constrangedora pelo que resolvi intervir. Aquela pessoa era mãe e mulher de alguém que não estavam ali para a tranquilizar e apoiar num momento de incerteza. Cedi o meu telemóvel pessoal para que contactasse a família e mais calma, conversou comigo e percebi que se sentia impotente pois, como referiu, “... este é o segundo hospital por onde passo e ainda ninguém parou para falar comigo. Preciso de perceber o que posso ter. É a primeira pessoa a parar para falar comigo ... e se for grave, eu nem sei se quero saber...”. Ainda não haviam sido fornecidas informações ou solicitado o seu consentimento para o procedimento. Pedi ao médico que a informasse e esclarecesse acerca da suspeita do diagnóstico e da importância do procedimento para confirmação ou exclusão dessa suspeita, bem como dos riscos do mesmo²⁰. Foi um momento crucial em que

20 Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional; Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação (Reg. 140/2019).

pude mostrar a minha preocupação com o bem-estar da doente e garantir que se sentisse mais confortável e confiante no processo.

Na minha prática sempre tive a preocupação de informar a pessoa de todos os procedimentos e técnicas a serem executadas, pois o consentimento informado não deve ser uma imposição nem o resultado de uma decisão precipitada. A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, quanto ao consentimento, no seu artigo 5.º, estabelece, como regra geral, que *“qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como, às suas consequências e riscos”* (Resolução da Assembleia da República N.º 1/2001, p.27). Assim a escolha da pessoa é o último passo depois da informação e validação da mensagem. Vale a pena ter em conta que informar diz respeito à transmissão de dados sobre qualquer coisa, sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza e contribui para o processo de adaptação e para a tomada de decisão. Mais importante que dizer, é ser compreendido, sendo igualmente importante que se estabeleça uma comunicação acessível e efetiva. A informação deve ser adequada às necessidades e circunstâncias.

A minha perspetiva de atuação foi partilhada com a equipa, e foi criado um momento de partilha e reflexão sobre a atuação dos profissionais. De notar que nem toda a equipa concordou, justificando que estávamos num SU e, como tal, havia exceções. Existem exceções ao consentimento, designadamente por incompetência ou incapacidade (menoridade, inabilitação – o caso de pessoas com anomalia psíquica, inconsciente, incapaz de consentir ou de expressar vontade - ou interdição), em situações de urgência (sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não pode ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável, em benefício da saúde da pessoa), e em situação de “privilégio terapêutico” (circunstâncias que poriam em perigo a vida do doente ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica) (OE, 2007). Contudo, esta situação não se enquadrava em nenhuma dessas exceções e inevitavelmente, fiquei com a impressão de que poderão existir outras situações em que a prestação de cuidados pode comprometer, de alguma forma, os direitos humanos.

Para mim, a preservação da privacidade e intimidade aquando da prestação de cuidados foi sempre uma preocupação, sensibilizando ao mesmo tempo os restantes profissionais, dentro das competências e limitações inerentes à minha posição no contexto, através da expressão verbal e do exemplo prático. No SU os profissionais também sentem essa dificuldade, pois a prestação de cuidados, por vezes, ocorre sob o olhar indiscreto do

mais variado tipo de espectadores, e nas SE, embora existam portas, estas estão muitas vezes abertas para permitirem uma vigilância apertada e o fluxo rápido de profissionais, o que pode dificultar a manutenção da privacidade dos doentes. Assim, sempre que possível, adotei estratégias neste sentido que incluíram o uso de biombo ou cortinas durante a prestação de cuidados, a limitação da avaliação e cuidado dos doentes a espaços próprios, a transferência, sempre que possível, de doentes dos corredores para espaços próprios e restringindo o número de pessoas nos corredores. Também acredito que é importante educar as visitas e familiares sobre a necessidade de respeitar a privacidade dos doentes.

Destaco um outro aspeto que, nas conjunturas atuais da saúde, julgo importante mencionar e que se prende com a atuação dos enfermeiros no SU na abordagem do doente terminal. O número de doentes no SU em fase final de vida tem aumentado e ainda permanece a ideia de que, neste contexto, os enfermeiros são muito técnicos e pouco sensíveis. Com base na minha experiência, em contexto de estágio e profissional, não verifico essa premissa, muito pelo contrário, tenho-me apercebido de que os profissionais, e em particular os enfermeiros, estão cada vez mais sensibilizados para a fase final de vida dos doentes, preocupando-se e enfatizando as suas intervenções, essencialmente na dimensão relacional e espiritual e no controlo da dor. A dor é um dos sintomas físicos e psicológicos mais comuns e desestabilizadores em doentes com patologia crónica, progressiva e incurável nos seus estádios mais avançados, aumentando a sua prevalência e intensidade ao longo das últimas semanas de vida. De acordo com Pereira (2006), a dor está presente em cerca de 50% dos doentes, mas a sua prevalência aumenta para 75 a 85%, na fase final da vida, sendo um dos sintomas mais temidos.

Assisti a uma formação em serviço “Avaliação e registo da dor no Serviço de Urgência Geral e Polivalente” no dia 18 de setembro de 2022 (Anexo III). A dor constitui-se como o principal motivo de procura de cuidados de saúde no serviço de urgência, sendo uma realidade com a qual os enfermeiros lidam constantemente. Na prestação de cuidados é imprescindível que a dor seja sistematicamente avaliada e registada, de modo a permitir uma intervenção precoce e individualizada (Silva & Gonçalves, 2017). O processo de monitorização regular da dor deve ser iniciado no momento da triagem e dada continuidade ao longo do tempo de permanência no SUGP (Oliveira *et al.*, 2019) através de uma variedade de escalas disponibilizadas (numéricas ou comportamentais) e adaptadas (exemplo da Behavioral Pain Scale) em doentes incapazes de comunicar sob ventilação mecânica invasiva (VMI)). Neste sentido, considero essencial a formação e ensino de todos os

intervenientes para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional.

O SU é conhecido por ser um local em que o aparecimento de situações imprevistas e complexas é comum pois a ele recorrem múltiplos doentes, independentemente da sua gravidade. Porém, este cenário acaba por proporcionar situações complicadas, como a que vivenciei, quando, à admissão na triagem, um doente foi agressivo verbalmente chegando a ameaçar os presentes por considerar que a prioridade que lhe fora atribuída não era justa. As tentativas de comunicação falharam, chegando mesmo à tentativa de violência física e a estratégia utilizada foi chamar outro colega para triar o doente e solicitar a presença da polícia. A violência no local de trabalho, física ou psicológica, é um problema global que atravessa fronteiras, contextos de trabalho e grupos profissionais, ameaçando a eficiência e o êxito das organizações. Causadora de perturbações imediatas e a longo prazo, esta interfere nas relações entre as pessoas e no ambiente laboral. Afeta a dignidade dos profissionais e constitui uma fonte importante de desigualdade, discriminação, estigmatização e conflito no trabalho, tornando-se, cada vez mais, num problema de direitos humanos (DGS, 2015). Os profissionais de saúde podem sofrer as consequências emocionais e físicas da violência, o que pode prejudicar a sua qualidade de vida, produtividade, aumentar o absentismo e turnover, gerando custos sociais e económicos (DGS, 2015). Nos SU, a maioria dos agressores são os doentes, seguidos pelos familiares e, em menor escala, os profissionais de saúde (DGS, 2015). É importante relatar e documentar toda a violência no local de trabalho, física e não física, e incentivar a notificação dos incidentes pelos profissionais de saúde. Relativamente a esta problemática, em 2014 a OE reviu o parecer jurisdicional emitido em 2004, em que defende que quando confrontado com uma ação consciente agressiva, o enfermeiro pode recusar-se a prestar os cuidados exigidos, desde que o doente não se encontre em perigo iminente de vida ou para a sua integridade física. Duas premissas são exigidas. A primeira: legítima defesa. Apesar do dever de providenciar os cuidados necessários perante o doente, encontra-se, legalmente justificada, a sua recusa em legítima defesa. Contudo, cumpre esclarecer que o enfermeiro não pode desvincular-se das suas obrigações profissionais e, portanto, tem o dever de antes tentar uma atitude de preparação, ensino e aconselhamento, cumprindo com o dever de informação e, em última instância, o reencaminhamento para outro colega, comunicando devidamente a situação ocorrida. A segunda premissa: o dever de os doentes colaborarem com os profissionais de saúde. A Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, determina na sua Base XIV, n.º 2, alínea c), o dever do doente em “*colaborar com os profissionais da saúde em relação à sua própria*

situação”. Na Base V, n.º 1 da citada lei, pode ler-se “*os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e coletiva, tendo o dever de a defender e promover*”. Este dever de colaboração é um vínculo contínuo e que deverá ser sempre respeitado. A sua não observância pode colocar em causa a correta prestação dos cuidados e, nos casos em que inviabilize a sua prestação, justifica a recusa por parte do enfermeiro.

No SU, especificamente na SE, realizei a verificação e inspeção completa do material e conduzi o teste de funcionamento de todos os equipamentos. A *checklist* ou lista de verificação representa um documento essencial para garantir a qualidade do serviço prestado, que depois de verificada é rubricada pelo enfermeiro e devidamente arquivada, podendo posteriormente ser sujeita a auditoria. A gestão de materiais abrange um sistema que coordena as atividades relacionadas com a gestão e o controlo dos produtos, serviços e equipamentos, desde a aquisição até à utilização, disponibilizando-os aos seus utilizadores em tempo útil, com qualidade adequada e a um custo mínimo. Os recursos materiais numa unidade de cuidados de saúde incluem as instalações, equipamentos e produtos de consumo. Esses materiais são constituídos por produtos farmacêuticos, materiais clínicos, alimentos, bens de hotelaria, materiais de escritório, de manutenção e de conservação. Esta gestão implica planeamento, definição de objetivos, avaliação dos meios disponíveis, identificação de necessidades e controlo (Seixo, 2009). Importa salvaguardar a necessidade de monitorizar rigorosamente o fornecimento de materiais e verificar imediatamente se o material requisitado corresponde ao que foi recebido, de forma a evitar ruturas de stocks.

O segundo objetivo específico foi “Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao doente com patologia vascular aneurismática da aorta no serviço de urgência”.

Aquando da minha participação na situação descrita na SE com a Sr^a R, apercebi-me do défice de conhecimento no que concerne à abordagem da pessoa com patologia aórtica em contexto de urgência. Entre as principais doenças da aorta, destacam-se os aneurismas e as dissecções, ambas condições silenciosas passíveis de se transformarem em situações críticas e provocar a morte. Percebendo o desconforto dos colegas ao nível desta temática e tendo como máxima que os enfermeiros devem alicerçar os processos de tomada de decisão e a sua práxis clínica em conhecimento válido, atualizado e pertinente, decidi partilhar a mais recente evidência científica. Buscando a promoção do exercício profissional que decorra da “*(...) utilização simultânea da experiência clínica e da melhor evidência clínica externa advinda da pesquisa sistemática para guiar a tomada de decisão clínica e simultaneamente considerar os valores do paciente*” (Larrabee, 2011, p.24) e assumindo-

me como um agente facilitador nos processos de aprendizagem e após um levantamento das necessidades formativas da equipa²¹, organizei uma sessão de formação²² com o tema “A Pessoa com Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) Sintomático ou Roto. Abordagem e intervenções de enfermagem na sala de emergência” (Apêndice IV). Realizei pesquisa bibliográfica adequada e significativa²³ sobre a temática e partilhei-a com a equipa de enfermagem do SUGP, em formato vídeo, numa plataforma online²⁴ (Anexo IV). Posteriormente procedi à avaliação da sessão formativa²⁵ e dos conhecimentos adquiridos, tendo percebido uma grande adesão (98 participações) e satisfação (Gráfico 1) por a terem considerado útil para a prática profissional diária (Gráfico 2)²⁶.

Gráfico 1 – Resultados do questionário de satisfação com a ação de formação

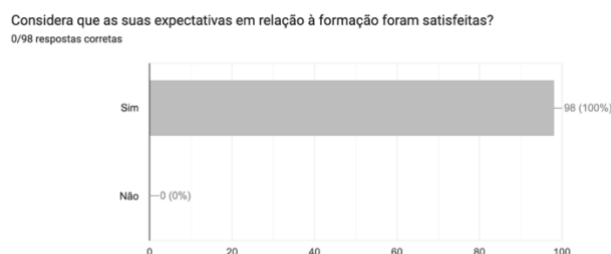
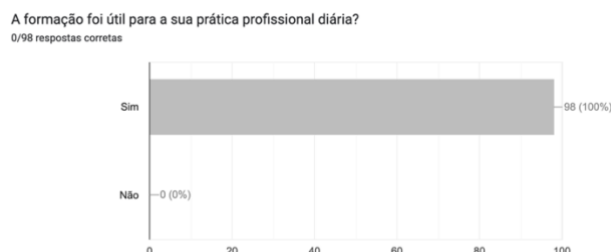


Gráfico 2 – Resultados do questionário de relevância para a prática profissional



As novas tecnologias nas instituições de saúde potencializam o processo de aprendizagem, abrindo novas possibilidades para a formação em serviço. Esta interação entre a pessoa e a tecnologia traz um maior envolvimento do profissional de saúde na sua própria aprendizagem. A formação em enfermagem está sempre em mudança e o desenvolvimento de saberes e de competências profissionais é cada vez mais exigente.

²¹ Diagnostica necessidades formativas. (Reg.140/2019)

²² Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. (Reg.140/2019)

²³ Suporta a prática clínica em evidência científica. (Reg.140/2019)

²⁴ Gere programas e dispositivos formativos. (Reg.140/2019)

²⁵ Avalia o impacto da formação. (Reg.140/2019)

²⁶ Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. (Reg.140/2019)

2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

“De entre os desenvolvimentos mais importantes ocorridos na Medicina nas últimas décadas contam-se os registados na Medicina Intensiva e a sua capacidade para monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência iminente ou estabelecida, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis” (Ministério da Saúde, 2013, p.37). Este desenvolvimento da Medicina incrementou, de forma pronunciada, a capacidade para salvar vidas em risco, mas também a sobrevida e qualidade de vida de doentes portadores de doença grave, dependentes de tratamentos diferenciados e suporte de funções vitais (Ministério da Saúde, 2013).

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) estão direcionados para a prestação de cuidados integrais e diferenciados aos doentes com disfunções de órgãos, situação clínica potencialmente reversível, suportando, prevenindo e revertendo falências de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s) através da utilização de recursos técnicos e humanos especializados específicos (DGS, 2003; Ministério da Saúde, 2013). O SMI não substitui a UCI, englobam-na e transcendem-na. Fruto da evolução e consequente reorganização hospitalar, o SMI é responsável pela gestão do doente crítico à escala hospitalar, independentemente do local onde este se encontre, nomeadamente no SU através de presença nas SE, nas UCI e intermédias e no internamento através das equipas de emergência interna e consultadoria (Administração Central Sistemas de Saúde, 2016).

Este estágio decorreu no período de 31 de outubro a 2 de dezembro de 2022, com um total de 180 horas de contacto numa UCIP de um hospital central e universitário da região norte. A UCIP faz parte do SMI e admite camas de nível III e a unidade de cuidados intermédios camas de nível II, mas equipada para permitir adaptação a nível III. São contíguas e possuem a mesma equipa multidisciplinar. A integração de várias unidades intensivas (camas de nível III) e intermédias (camas de nível II) num único SMI do hospital permite a maximização da eficiência, otimização de continuidade de cuidados, facilitação de disponibilidade de camas e da sua gestão com equidade, redução de eventos adversos, de readmissões em nível III e de custos de tratamento (ACSS, 2016).

Este é um hospital recente com cerca de 10 anos, alvo de constantes modernizações e aquisições ao longo do tempo. Como tal, o serviço reúne condições de instalações e equipamentos altamente diferenciados, sendo referência nacional, com apresentação de bons indicadores de qualidade e acreditação pela *Joint Commission International*. Relativamente ao espaço físico distinguem-se duas áreas, as clínicas e as não clínicas onde se incluem as

salas de espera, os gabinetes, a sala de reunião, a sala de refeições dos funcionários, a sala de resíduos e roupa suja, os vestiários e salas de stock de material.

A UCIP tem capacidade total para 14 camas nível III e a unidade de cuidados intermédios para 18 camas nível II. Segundo o relatório da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (2016), as camas de nível III (vulgarmente designadas de cuidados intensivos) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais a necessitar de duas ou mais formas de suporte orgânico e as de nível II (vulgarmente designadas de cuidados intermédios) a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica mas de suporte de apenas uma função desde que não a ventilatória. A estrutura física em *open space* com disposição circular compreende: uma nave de monitorização central com 2 zonas diferentes (uma com computadores e telemetrias onde se efetuam registos enquanto se faz a vigilância dos doentes e outra para preparação de terapêutica) e as unidades dos doentes que são amplas, permitindo o acesso ao doente em 360° e acomodam todo o equipamento necessário, possibilitam a presença de um acompanhante e evitam o contacto com os outros doentes sendo separadas entre si por cortinas laváveis; 4 quartos individualizados de isolamento de pressão alternável e uma antecâmara para controlar o contacto entre o interior e o exterior e evitar a propagação das IACS. Possui ainda janelas grandes que permitem a entrada de luz natural, facilitando aos doentes a manutenção dos períodos de sono e repouso. Quanto a recursos humanos, conta com uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por um total de 89 enfermeiros generalistas e especialistas em enfermagem de reabilitação e em EMC, distribuídos por equipas. O rácio é de um para um ou, no máximo, dois doentes nas 24 horas do dia, indo de encontro às dotações seguras estabelecidas pela OE (Regulamento n.º 743/2019). Para além destes, está sempre presente um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e em EMC, que prestam cuidados de enfermagem nestas áreas de especialidade.

A escolha do campo de estágio revelou-se de extrema importância, na medida em que procurei aproximar esta experiências do meu próprio percurso profissional, num continuum de cuidados que presto diariamente à PSC no BO. Ao longo deste percurso de estágio pretendi integrar o meu saber teórico na prática clínica, de forma a obter e aperfeiçoar as competências especializadas, incrementado assim uma prestação de cuidados de excelência à pessoa/família em situação crítica. Em resposta às necessidades identificadas, delineei como objetivo geral para este estágio: “Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em EMC à PSC e sua família em

contexto de UCIP” e, como objetivos específicos “Prestar cuidados especializados à pessoa e sua família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente com isquemia aguda de membro no contexto de cuidados intensivos”.

O cuidar a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica exigem ao enfermeiro, face à complexidade e às respostas necessárias, a mobilização de conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento no. 429/2018, 2018). Em face desta premissa, a pesquisa e seleção de fontes de informação relevantes, e a revisão teórica de alguns conteúdos que suportam a prática de cuidados de enfermagem neste contexto, foram o primeiro passo dado para o desenvolvimento de competências. Neste sentido, aprofundei conhecimentos em relação aos cuidados ao doente neurocrítico, doente dador de órgãos e ao doente com lesão renal aguda. Esta aquisição de conhecimento adicional foi identificada como indispensável na sequência de situações de cuidados experienciados. Apresento, de seguida, algumas das experiências vivenciadas, exemplificativas das unidades de competência desenvolvidas.

O Sr. T. de 38 anos de idade, vítima de um acidente de viação, foi acolhido na UCIP transferido da sala de emergência. Era o condutor e único ocupante do veículo que sofreu despiste e embate contra uma árvore. Na SE, foi entubado orotraquealmente com recurso a equipamento de videolaringoscopia. Em registo clínico há referência de score de 8 na escala de coma de Glasgow associado a pupilas mióticas com desvio conjugado do olhar, otorragia direita e hematoma periorbital direito. Administrados ácido tranexâmico (bólus 1 g seguido de perfusão 1 g), manitol, levetiracetam e cloreto de sódio hipertónico. Teste rápido de antígeno SARS-CoV-2 positivo. A tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) e maxilofacial relatavam hematoma subdural frontotemporal esquerdo, contusões hemorrágicas múltiplas e focos hemáticos dispersos sugestivos de lesão axonal difusa e hematoma intra-ventricular sem hidrocefalia. E ainda uma fratura desalinhada frontotemporal direita, com extensão à mastoide, esfenoidal e ao teto da órbita direita. Raio-x tórax evidenciava trauma torácico com contusão pulmonar com predomínio direito, sem pneumotórax nem outras alterações. Avaliado por neurocirurgia, cirurgia geral e ortopedia é decidido o internamento para medidas de neurointensivismo, colocado sensor de pressão intracraniana (PIC) frontal direito, sem indicação para craniectomia descompressiva.

Neste contexto, ressalta-se a importância do cuidado de enfermagem na especificidade e complexidade das intervenções ao doente neurocrítico que caracterizam

condições clínicas diferenciadas como a hipertensão intracraniana (HIC) resultantes da gravidade das lesões traumáticas. A vigilância constante e a identificação precoce de alterações neurológicas²⁷ determinam a necessidade de atuação de forma a prevenir sequelas cerebrais permanentes (American Association Of Neuroscience Nurses, 2009).

Neste caso de lesões expansivas que condicionam a HIC e cuja remoção não é possível, o tratamento passa pela instauração de medidas gerais e específicas²⁸. A adoção destas medidas impõe a sua compreensão, sendo uma das intervenções autónomas de enfermagem considerada essencial e básica, o posicionamento ótimo destes doentes. Assim, o Sr. T foi posicionado em decúbito dorsal e com a cabeceira elevada a 30º de forma a melhorar a drenagem venosa e a ventilação, evitando a flexão e rotação da cabeça que diminuem o fluxo na jugular e aumentam a PIC. Foi feita uma gestão individualizada do plano de cuidados²⁹ deste doente tendo em consideração o seu estado crítico e instável, realizando uma triagem efetiva das intervenções necessárias e prioritárias³⁰. O controlo da dor, considerado no plano de cuidados é essencial uma vez que a resposta causada pela dor condiciona o aumento da PIC. De igual forma, é importante que a desobstrução de vias aéreas seja de curta duração e, se necessário, precedida de uma hiperventilação de modo a limitar o aumento da PIC. O controlo da temperatura é de extrema importância e neste sentido foi instaurada a hipotermia como medida para diminuir a PIC. Com o objetivo de uma hipotermia moderada, com valores alvo de 34°C, tive oportunidade de utilizar um dispositivo de arrefecimento corporal que desconhecia.

No cuidado ao Sr. T. destaca-se a importância de uma vigilância especializada constante e capacidade para identificar alterações importantes e potenciais focos de instabilidade, bem como a respetiva capacidade de gerir a situação, planeando intervenções especializadas e gerindo as prioridades no contexto. A vigilância associada ao registo das alterações percebidas³¹ permitiu uma interpretação do padrão do doente e assim a perceção do agravamento ou melhoria do seu estado. Por exemplo, as alterações a nível dos sinais vitais e padrão respiratório podem indicar uma deterioração do estado neurológico, ou seja, no agravamento da hipertensão intracraniana, as alterações reconhecidas e identificadas

²⁷ Identifica prontamente focos de instabilidade (Reg. 429/2018)

²⁸ Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações (Reg. 429/2018)

²⁹ Dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos (Reg. 429/2018)

³⁰ Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos (Reg. 429/2018)

³¹ Documenta a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico (Reg. 429/2018)

consistiram em bradicardia, aumento do perfil tensional, diminuição das frequências respiratórias. No entanto, a avaliação neurológica de um doente com hipertensão intracraniana, para além dos sinais vitais e padrão respiratório, compreende a avaliação do nível de consciência, a reação pupilar e a força motora/perceção sensorial.

De entre as várias intervenções ao Sr. T., estas foram no sentido de monitorizar a hemodinâmica do doente, correlacionando as principais alterações percecionadas com os valores de PIC e agindo em conformidade, no sentido de manter valores num intervalo que não sendo o ótimo, não eram prejudiciais. De entre as várias intervenções, contam-se a gestão do VMI, nomeadamente da frequência respiratória, considerando o efeito da hiperventilação, na diminuição da PIC. A hiperventilação deve ser utilizada para manter a PaCO₂ arterial entre 25 e 35 mmHg. Valores abaixo de 20 mmHg podem levar à hipóxia cerebral por vasoconstrição intensa, daí a autonomia para o estabelecimento de intervenções como a colheita e realização de gasimetrias arteriais, sempre que justificado, de forma a adaptar os cuidados³². Procedi à administração de soluções hipertónicas, nomeadamente de cloreto de sódio hipertónico e manitol e de diuréticos como a furosemida. As soluções hipertónicas agem sobre a PIC através do seu efeito osmótico e, quando usado com a furosemida, a queda da PIC é mais rápida e tem maior duração³³. A vigilância e controlo da diurese é importante, no sentido de evitar a desidratação e a perda de eletrólitos e prevenir a lesão renal aguda associada à utilização prolongada de manitol.

É inequívoco que o papel do enfermeiro cumpre uma importante tarefa no processo de cuidados, devendo para tal estar atualizado em termos de “conhecimento científico” e possuir: “(…) a capacidade técnica e a experiência profissional, capacidade em lidar com stress e tomar decisões imediatas, definindo prioridades de atuação a estes doentes (...) A ação correta e em tempo adequado podem melhorar significativamente o estado neurológico do doente, enquanto a falha na instituição dessas medidas pode levar a lesões cerebrais secundárias com consequências na recuperação das funções neurológicas” (Pereira & Coelho, 2017, p. 162).

É verdade que a unidade em *open space* facilita a vigilância e o apoio entre a equipa multidisciplinar, mas é também interessante refletir o efeito da UCIP na estimulação do doente. Deve-se intervir na gestão dos estímulos ambientais nocivos ao doente, sublinhando que é responsabilidade do enfermeiro gerir estes estímulos ambientais. Sendo a unidade de

³² Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados (Reg. 429/2018)

³³ Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos (Reg. 429/2018)

cuidados intensivos, rica em estímulos ambientais considerados agressivos, como a luminosidade constante, o ruído dos profissionais e sons de alarmes, estes causam um aumento da atividade cerebral, a qual conduz a um maior stress metabólico, e uma maior taxa de metabolitos, que acentuam o edema vasogénico. A estimulação no doente neurocrítico, qualquer que seja a sua origem, resulta num aumento do fluxo sanguíneo e consequente pressão intracraniana, devido ao aumento do metabolismo cerebral. Logo, torna o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos inapropriado para estes doentes (Suadoni, 2009). Neste sentido, intervimos³⁴ procurando promover junto da equipa a sensibilidade para a necessidade de estabelecer um ambiente terapêutico o mais adequado, evitando ruídos desnecessários, tal como: tom de voz dos profissionais, música ambiente e nível dos alarmes. A nível da estimulação luminosa, evitei focos de luz diretamente no doente ou alterações repentinas a nível da intensidade da luminosidade. Compreendendo que a estimulação do doente neurocrítico incita a alterações a nível da resposta cerebral e foi de extrema relevância planear e agrupar os momentos de cuidados de enfermagem de acordo com o seu gradiente de estímulo, assim sendo, agrupei intervenções que naquele doente correspondiam a uma estimulação leve e evitei agrupar intervenções que possuam um carácter de estímulo vigoroso ou doloroso.

Nos vários cenários passíveis de causar uma lesão cerebral, uma correta avaliação pupilar pode detetar e prevenir o agravamento da lesão intracraniana agilizando o tratamento emergente para melhorar os resultados. No âmbito da abordagem ao doente neurocrítico, percebi que a equipa apresentava grandes discrepâncias na avaliação pupilar, sendo que a avaliação à cabeceira do tamanho da pupila, forma, reatividade e simetria relativa é a pedra angular do exame neurológico destes doentes. A avaliação da pupila é muito subjetiva, pois as suas respostas traduzem-se por pequenas alterações, sendo essas difíceis de identificar e, principalmente, quantificar através do olho humano. Na prática, a avaliação da pupila é frequentemente efetuada por vários elementos da equipa de enfermagem, que dentro da subjetividade da avaliação de cada um, pode levar a uma avaliação pouca precisa e a fazer julgamentos pouco consistentes e discordantes. Divulguei³⁵ um instrumento de apoio, o pupilómetro portátil digital que recorrendo à pupilometria, uma técnica de monitorização objetiva não invasiva, surge como resposta a esta dificuldade de avaliar objetivamente as

³⁴ Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica; Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem (Reg. 429/2018)

³⁵ Identifica oportunidades de melhoria (Reg. 140/2019)

variações pupilares (Apêndice IV). Recentemente tive conhecimento de que o serviço adquiriu um pupilómetro e que a equipa multidisciplinar o considera uma mais-valia, sendo um instrumento útil e de fácil utilização.

No entanto, face ao prognóstico reservado e ao rápido agravamento do estado neurológico sem resposta às medidas implementadas, o doente evoluiu para morte cerebral. A Certificação de morte cerebral de acordo com a Ordem dos Médicos “ (...) *requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade (...)*” (Lei n. 12/93 de 22 de Abril), esta é caracterizada como um processo complexo que altera drasticamente toda a fisiologia e bioquímica celular de todos os sistemas orgânicos, culminando com a herniação cerebral através do forâmen magno. O momento que precede a herniação cerebral é marcado por grandes elevações da PIC, impedindo a circulação arterial cerebral acompanhada da tríade de Cushing que representa o esforço final do organismo em manter uma perfusão cerebral adequada (Rech & Filho, 2007).

Nesta situação de cuidados tive oportunidade de acompanhar o desenvolvimento e assistir às provas de morte cerebral. O cuidado ao doente potencial dador de órgãos deve começar o mais precocemente possível após a certificação de morte cerebral, num continuum de cuidados sendo que estes visam essencialmente a manutenção do órgão³⁶, sem, no entanto, descuidar os cuidados à pessoa e família. Assim sendo, cabe ao enfermeiro estar desperto para todas as alterações que possam ocorrer e prestar cuidados especializados que mantenham uma correta manutenção hemodinâmica, manutenção dos eletrólitos, temperatura corporal num intervalo fisiológico (preferencialmente acima dos 34°C), manutenção endócrina, monitorização e correção das principais coagulopatias, ventilação mecânica adequada e manutenção da função renal, não descuidando todos os outros cuidados gerais, igualmente importantes num doente crítico (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2016). Se o enfermeiro não estiver capacitado para reconhecer sinais, esta poderá desencadear a curto prazo PCR e consequentemente a perda de órgãos ótimos para transplantação, sendo necessário, manter adequadamente uma perfusão e oxigenação para a correta viabilidade dos órgãos a transplantar (Miñambres et al., 2015).

No processo de doação de órgãos, os enfermeiros, além de desempenharem um papel fundamental na identificação e tratamento ativo, devem apoiar/assistir os familiares, demonstrando conhecimentos sobre a gestão de ansiedade e medos vividos pela família, tal como conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos

³⁶ Demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos (Reg. 429/2018)

de luto, podendo ajudar tanto a família a compreender o diagnóstico de morte cerebral, como respondendo a questões e dúvidas que estas apresentem (Urden et al., 2008). Os cuidados prestados à família são, talvez, um dos aspetos mais importantes de todo este processo, dada a proximidade, cabendo ao enfermeiro nos minutos precedentes ao diagnóstico, respeitar a dor da família, mas, ao mesmo tempo, clarificar o tema da morte cerebral e doação de órgãos (Santos, Moraes & Massarollo, 2012). As experiências de desfechos de não recuperação e morte com processos de doação de órgãos associados são muito complexas e particularmente difíceis no que respeita à gestão emocional das famílias. Mostrei-me sempre disponível e compreensiva para com a dor e o sofrimento da família, dedicando todo o tempo e energia possíveis na prestação de cuidados de enfermagem de apoio com vista a mitigar o processo de luto³⁷. Considero que a minha postura contribuiu para a construção de uma relação terapêutica e interpessoal de proximidade que teve impacto positivo para os intervenientes: para a família, permitindo que compartilhassem os seus problemas, e para mim, pois apercebi-me das minhas fragilidades. Em síntese, “(...) *na relação há sempre um dar e receber, uma reciprocidade de afetação que se anuncia continuamente como uma experiência humana significativa para ambas as pessoas envolvidas.*” (Vieira, 2007, p.88).

Seguindo as recomendações da Direção de Serviços de Planeamento de Cuidados Intensivos (2003), o método de trabalho de enfermagem é o método individual, mas também o do enfermeiro de referência, onde o enfermeiro que acolhe o doente na admissão passa a ser o elemento preferencial para a prestação de cuidados e para estabelecer a ligação entre a família/doente que esclarece, informa e desmistifica a dúvida e a incerteza. Tendo como premissa que a presença da família em meio hospitalar é uma realidade que advém de uma lógica de humanização, ao facilitar a vinculação entre o profissional/doente/família, cria-se uma parceria colaborativa, da qual resultam o ganho de conhecimentos, competências e confiança necessários à prestação de cuidados (Gottlieb, 2016).

A PSC não existe sozinha, sendo imprescindível a inclusão da família nos cuidados. A família compreende o porquê da centralidade dada aos cuidados à pessoa doente, mas deixa transparecer que o seu sofrimento carece igualmente de atenção por parte dos enfermeiros (Mendes, 2018), estando estes capacitados para responder às necessidades reais da mesma. Nesta lógica procurei, em todos os momentos, acolher e integrar adequadamente a família, explicando os seus direitos e deveres, regras de funcionamento da unidade, constituição da equipa multiprofissional, cuidados e serviços prestados. Estive sempre

³⁷ Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto (Reg. 429/2018); Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente

presente para todas as famílias a que prestei cuidados. O estar presente enquanto cuidador, é, para Doona, Chase, Haggerty & Ed (1999), o cerne da relação entre enfermeiro e pessoa/família e consiste num processo desenvolvido entre ambos. Segundo as mesmas autoras, este, possui características únicas nomeadamente a ligação à experiência da pessoa/família, a compreensão, o ir além do conhecimento científico, o saber, e o estar com a pessoa/família. Permite de igual forma, avaliar e antecipar as necessidades da PSC/família, e intervir de forma personalizada (Penque & Keamey, 2015).

As situações de lesão renal aguda (LRA) em doentes alvo de cuidados ao longo deste período que requereram tratamento com recurso a técnicas de substituição da função renal (TSFR) foram uma realidade. As causas mais comuns, que levam ao desenvolvimento de LRA nos doentes em UCI, são a sépsis, cirurgia major, baixo débito cardíaco, hipovolémia/hipoperfusão renal e medicação. Para além destas podem incluir-se síndrome hepatorenal, trauma, bypass cardiopulmonar, síndrome compartimental abdominal, rabdomiólise e obstrução do fluxo urinário. (Deepa & Muralidhar, 2012). O que permite distinguir as várias TSFR entre si são o tempo de duração, a velocidade da bomba de sangue, a presença e velocidade do fluxo do dialisante e a presença de líquido de reinfusão. Tradicionalmente, as técnicas intermitentes têm uma duração não superior a 6 horas e as técnicas contínuas, tempo não inferior a 12 horas. O hiato entre as 6 e as 12 horas foi recentemente ocupado por técnicas dialíticas chamadas híbridas ou intermitentes adaptadas. Desta forma existem 3 tipos de técnicas dialíticas que podem ser utilizadas em UCI: técnicas intermitentes convencionais, técnicas contínuas e técnicas dialíticas intermitentes adaptadas ou híbridas. No meu percurso profissional trabalhei fora do contexto hospitalar com técnicas intermitentes convencionais em pessoas com doença renal crónica (DRC). Os doentes hemodinamicamente instáveis, característicos das UCI's, beneficiam de TSFR pouco invasivas que permitem minorar o impacto hemodinâmico e hidroeletrólítico, com bons resultados de filtração e remoção dos produtos do catabolismo. Neste caso, as técnicas utilizadas são a Ultrafiltração lenta contínua (SCUF), a Hemofiltração veno-venosa contínua (CVVH), a Hemodiafiltração veno-venosa contínua (CVVHDF) e a Hemodiálise veno-venosa lenta contínua (CVVHD) (Marcelino, Marum, Caramelo, Alves, Dias, & Alves, 2006). Nas técnicas híbridas temos a SLEDD (slow low eficiente dayly dialysis), SLED (slow extended dialysis), entre outras que permitem tratar doentes com instabilidade hemodinâmica, hipotensos com ou sem suporte de amins (Marcelino, Marum, Caramelo, Alves, Dias, & Alves, 2006). Tive oportunidade de aprender as especificidades destas técnicas bem como a aplicação destas a situações concretas de cuidados, num crescendo do conhecimento previamente reconhecido. Percebi

que a minha experiência profissional se tornou uma mais-valia na prestação de cuidados à pessoa com lesão renal, tive oportunidade de discutir aspetos relacionados com as intervenções de enfermagem, com o enfermeiro orientador e outros elementos da equipa, contribuindo também para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Relativamente à plasmaferese e, dada alguma inexperiência e desconforto por parte da equipa da UCIP, tive oportunidade de me deslocar ao Serviço de Diálise para aprender com os enfermeiros do serviço e onde colaborei na revisão do Protocolo de Plasmaferese. Foi uma experiência muito enriquecedora, pois sendo uma área do meu interesse, tive o privilégio de investir e desenvolver competências.

Tive também possibilidade de vivenciar uma situação imprevista e complexa durante o transporte inter-hospitalar de uma doente em estado crítico. A Sr^a. B., grávida com uma hemorragia ativa de origem desconhecida decorrente de complicações cirúrgicas no parto foi transferida para um hospital central na região norte com capacidade cirúrgica diferenciada para intervir rapidamente. Durante o trajeto, a doente sofreu uma PCR. Nesse contexto, participei nas manobras de reanimação, seguindo o algoritmo de SAV adaptado à condição da doente³⁸. A PCR foi revertida com sucesso, mas o prognóstico muito reservado fruto do agravamento do seu estado em resultado da PCR. Também as situações de cuidados que envolveram a reanimação cardiorrespiratória em que tive a oportunidade de participar tornaram-se momentos de desenvolvimento de competências quer pela prática quer pela reflexão à posteriori³⁹. Neste contexto foi-me possível discutir com a enfermeira orientadora e outros elementos da equipa de enfermagem⁴⁰, questões do domínio ético-deontológicas⁴¹ relacionadas com a tomada de decisão (quando interromper? porque interromper? porque se iniciou manobras?), que me permitem suporte para tomada de decisão futura⁴². Procurei sempre orientar a minha prática tendo presente a tomada de decisão com base em princípios éticos e no código deontológico.

No que concerne à organização do trabalho de enfermagem, existe sempre, em cada turno, um enfermeiro especialista responsável a quem compete a distribuição de doentes por enfermeiro para o turno seguinte. Este gere o serviço e os recursos humanos, otimizando a sua eficácia, eficiência e produtividade, garantindo a dotação adequada de enfermeiros tendo

³⁸ Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma. (Reg. 429/2018)

³⁹ Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. (Reg. 140/2019)

⁴⁰ Participa na construção da tomada de decisão em equipa. (Reg. 140/2019)

⁴¹ Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido. (Reg. 140/2019)

⁴² Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. (Reg. 140/2019)

em consideração, não apenas a aplicação de rácios, mas também as competências profissionais, garantindo assim equipas equilibradas. Neste sentido, tive oportunidade de colaborar nessa função e gerir a organização da equipa, planeando a distribuição de doentes, de forma a assegurar o equilíbrio entre as competências profissionais e as necessidades em cuidados. A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências são aspetos basilares para alcançar índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 743/2019, 2019). A observação e discussão com o enfermeiro orientador sobre rácios e dotações seguras assim como a pesquisa de informação relevante permitiram-me desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados.

Relativamente ao segundo objetivo específico, na sequência da identificação de défices formativos, percebemos a dificuldade de os enfermeiros identificarem os sinais de isquemia de membro e a avaliação da presença de pulsos com recurso ao doppler de som vascular portátil, pelo que planeei uma sessão com vista à formação e treino da equipa de enfermagem. A determinada altura, surgiu indicação para não avançar com a formação inicialmente planeada e cuja preparação já se encontrava concluída. Fiquei dececionada com a justificação apresentada de que os enfermeiros não devem manipular material dispendioso e complexo como o ecógrafo, pois não é da sua competência dominar a sua manipulação.

Nos Estatutos da OE e nas suas atribuições, no n.º 2 do artigo 3º, salienta-se a alínea b) onde se lê: *“Assegurar o cumprimento das regras de deontologia profissional”* e na alínea d) *“Definir o nível de qualificação profissional dos enfermeiros e regulamentar o exercício da profissão”*. Os Enfermeiros devem *“atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma”*, mas também *“trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”* e *“integrar a equipa, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”*. Sempre que exigível, por força das condições do doente, o enfermeiro deve referenciar as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde (OE, 2015). Entende-se que trabalhar em articulação e complementaridade não significa que os enfermeiros substituam cuidados de outros profissionais, ou se façam substituir nos seus, devendo atuar no melhor interesse e benefício dos doentes, respeitando o seu direito a cuidados de saúde efetivos, seguros e de qualidade. Isto também significa que as intervenções implementadas pelo enfermeiro, no

âmbito do diagnóstico de uma alteração da perfusão do membro, devem observar todos os princípios inerentes à boa prática de enfermagem devendo para isso contemplar a formação necessária à excelência do seu exercício profissional, não significando com isso que um diagnóstico de enfermagem vá substituir um diagnóstico médico, pois são complementares.

No meu último turno, foi admitido na unidade o Sr. A., vítima de atropelamento com projeção contra um muro. Na sequência do atropelamento, este sofreu uma contusão pulmonar e múltiplas fraturas nos membros superiores e inferiores. Transferido, vindo do BO onde havia sido submetido a fixação da fratura dos ossos da perna esquerda, colocação de imobilização gessada isquiopodálica direita e imobilização gessada braquial. Estava sedo-analgesiado e ventilado para controlo da dor e por quadro clínico de trauma de tórax direito, sendo seriam iniciadas manobras de recrutamento alveolar após 48 horas de VMI.

Aquando do momento de admissão e avaliação inicial foi detetada uma alteração na coloração dos dedos do MID que tinha a imobilização gessada, os dedos estavam pálidos e frios. Expliquei que poderia ser apenas hipotermia dado que todo o corpo estava frio e não uma alteração da perfusão do membro relacionada com a imobilização gessada e que a suspeita poderia ser efetivamente confirmada através da palpação de pulsos e utilização de ecógrafo e mostrei-me disponível para partilhar conhecimento⁴³. O enfermeiro orientador incentivou a que procedesse, e de modo informal, fiz formação prática aos colegas e médicos que quiseram participar. Concordámos, em conjunto, que existia pulsos palpáveis e referi que existia material auxiliar de diagnóstico, como o doppler portátil ou mesmo um ecógrafo, que poderia ser utilizado para confirmar ausência/presença de pulsos bem como despistar alterações do fluxo. Os presentes mostraram-se interessados e permitiram-me que utilizasse o ecógrafo. Foi uma oportunidade de partilha de conhecimento muito interessante, com um ótimo feedback por parte de todos os envolvidos. Concluímos, em conjunto, que não existiam evidências de alteração da perfusão do membro, mas foi chamada a equipa cirúrgica que confirmou. Acabei por elaborar um panfleto informativo que divulguei junto da equipa (Apêndice V).

Neste estágio foi importante perceber a dimensão e importância do papel do EE na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC. Deste modo, tive um estágio de observação participativa no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-

⁴³ Diagnostica necessidades formativas; Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. (Reg. 429/2018)

PPCIRA)⁴⁴ com a duração de 15 horas. A missão é promover a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, promover a segurança dos profissionais e visitas, através da prevenção e controlo das IACS e da prevenção das resistências aos antimicrobianos. O GCL-PPCIRA define a sua estratégia em 8 vertentes nas quais tive a oportunidade de participar.

Relativamente à área da vigilância epidemiológica, participei na implementação e monitorização do Programa de Vigilância Epidemiológica através da avaliação diária das notificações da Microbiologia de microrganismos problema, contacto com os serviços para indicações relativas ao isolamento dos doentes e despiste de ocorrência de surtos. Na área de Consultoria, participei na abertura/reabertura de uma área assistencial, analisando as condições necessárias no âmbito da prevenção e controlo de infeção. A DGS, desde 2004, promove a implementação de Planos de Contingência com o objetivo de prevenir e minimizar os potenciais efeitos do frio extremo e das infeções respiratórias, na saúde da população em geral e dos grupos de risco em particular. Neste sentido, o hospital converteu alguns dos vários contentores instalados há 2 anos durante a situação pandémica, de forma a reforçar a capacidade e a dar resposta à crescente procura de cuidados de saúde característico desta época. Posto isto e considerando que, sempre que se verifique a reabertura de uma ala de internamento que esteve desativada por um período superior a 30 dias, devem ser tomadas medidas preventivas de acordo com as necessidades do serviço, sendo que o GCL-PPCIRA colabora neste procedimento com as suas responsabilidades particulares. No dia, deslocamo-nos ao local nomeado para a abertura da nova ala de internamento no sentido de analisar e apurar se estariam reunidas as condições necessárias para uma adequada prevenção e controlo de infeção no serviço. Foi efetuado o procedimento definido no Plano de Prevenção, Controlo e Contingência para a *Legionella*, drenando toda a água parada do serviço e desinfecção de chuveiros, verificado se o serviço se encontrava devidamente higienizado, se os contentores de resíduos eram adequados aos locais e tipo de resíduo produzido, se existiam em quantidade suficiente e determinada a melhor localização dos mesmos. Verificou-se ainda se a sinalética era adequada e se se encontrava nos locais previstos, se existiam dispensadores de sabão líquido em todos os lavatórios/pias de trabalho e dispensadores de SABA em todas as camas e locais apropriados, se as áreas e circuitos de limpos e sujos estavam bem definidas e se a sala de sujos se encontrava de acordo com as normas estabelecidas. Relativamente à zona pré-definida para preparação da medicação,

⁴⁴ Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção. (Reg. 429/2018)

partilhei a minha discordância considerando que esta se localizava adjacente à zona de lavagem das mãos, o que não seria adequado pelo risco acrescido de contaminação de superfícies e medicação. A acrescentar o facto de implicar que o profissional esteja de costas para os doentes, o que não favorece a vigilância.⁴⁵ Como alternativa sugeri a utilização de um carro de preparação de medicação, isolando assim a área de preparação de medicação, o que acabaria por libertar espaço necessário para outro fim⁴⁶. No que respeita à área da formação, no decurso do programa anual de formação, incluída no plano de integração e formação/ informação de todos os grupos profissionais, tive oportunidade de assistir a duas formações para os elos dinamizadores e para voluntários.

Outra das atividades desenvolvidas teve como objetivo articular a especificidade deste campo de observação com o tema da RSL, o banho pré-operatório na prevenção da ILC. Esta temática é para mim uma área de interesse acrescido, uma vez que a prevenção da ILC é, do ponto de vista mundial e nacional, uma preocupação cada vez mais atual. Este hospital tem o banho pré-operatório instituído não só nas unidades envolvidas na prevenção da ILC, mas na globalidade das cirurgias. Visitei alguns serviços de internamento de cirurgia e verifiquei como estava a ser instituído o banho e como a folha da lista de verificação pré-cirúrgica era preenchida. Surgiu ainda a oportunidade de participar na auditoria⁴⁷ às boas práticas de prevenção da ILC no pré-operatório, sendo que para a sua realização utilizei a grelha pré-existente no GCL-PPCIRA. O preenchimento da mesma decorreu de forma positiva, dado a equipa estar muito disponível e identificarem este momento como uma aprendizagem e não como um julgamento. No geral a equipa cumpriu as intervenções patentes no feixe referente à prevenção da ILC no pré-operatório.

⁴⁵ Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica (Reg. 429/2018)

⁴⁶ Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção. (Reg. 429/2018)

⁴⁷ Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas. (Reg. 429/2018)

CONCLUSÃO

Este relatório é o culminar de um percurso de desenvolvimento académico, profissional e pessoal, em que a determinação aliada à vontade e resiliência responderam eficazmente a este desafio. Realça, acima de tudo, a reflexão crítica sobre as experiências vividas e ainda as inquietações, intervenções, aprendizagens e competências que este trajeto me proporcionou enquanto futura EE em EMC.

Apesar das dificuldades encontradas na realização da RSL, esta revelou-se uma das maiores conquistas, uma parceria com as minhas colegas, a coragem perante o processo que se avizinhava e a perceção de que o trabalho em equipa torna tudo mais fácil.

Os objetivos deste ciclo de estudos foram alcançados e a elaboração desta RSL de texto e opinião é demonstrativa da competência de grau de mestre. De acordo com o Decreto-Lei N.º 74/2006, onde se apresenta como basilar, práxis que “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”, considero que esta revisão deu cumprimento à aquisição de competências a nível da investigação obrigatórias para atribuição do grau de Mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

Os estágios foram enriquecedores e produtivos, proporcionando aprendizagem e crescimento, tanto pela diversidade de situações experimentadas que me desafiaram de formas tão díspares, como pela partilha de saberes e autorreflexão, repensando cada passo do meu desempenho em prol da humanização e qualidade dos cuidados. O contexto de prática em SU foi uma experiência nova para mim e, nesse sentido, a adaptação foi realizada de forma sustentada e progressiva. A prática clínica em contexto de UCI, veio dar continuidade às aprendizagens anteriores, no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. A dinâmica vivenciada nestes contextos é peculiar, tanto na prestação de cuidados diretos e estabelecimento de uma relação terapêutica com familiares/ pessoas significativas como da ligação laboral com os pares. A realização do estágio permitiu desenvolver competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC. A minha intervenção pautou-se pela mobilização e aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo do percurso profissional e

acadêmico. Considerando que os enfermeiros devem refletir sobre a sua prática como parte do processo evolutivo e de mudança, este relatório foi uma boa ferramenta para esse objetivo. O EE é um enfermeiro de referência que persegue a excelência do exercício, promovendo cuidados de enfermagem humanizados, seguros e de qualidade. Este caminho abriu-me novos horizontes e deu-me uma nova perspectiva da enfermagem, viemos de tão longe e com tão pouco. A procura de conhecimento científico que fundamenta cada tomada de decisão permitiu-me adquirir uma maior capacidade de argumentação e negociação no contexto profissional, fortalecer os momentos de liderança e refletir de forma crítica na e sobre a prática, promovendo o pensamento crítico nos outros profissionais. Permitiu-me agir com mais segurança, autonomia, criatividade e destreza perante situações de instabilidade e imprevisibilidade. Em cada prestação de cuidados especializados fundamentei o meu ser e agir em valores elevados, o respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, respeito pela autonomia do doente no processo de decisão, desenvolvimento das técnicas de comunicação na criação da relação terapêutica com o doente e família, respeitando os seus processos de coping e de adaptação perante situações de crise, bem como no seu processo de transição saúde/doença.

Este Mestrado deu-me um olhar mais crítico sobre a prática, sendo referencial de mudança tanto no plano individual, como dos pares, promovendo uma prática mais sustentada na evidência e refletida, onde um cuidar de exceção é imperativo. Desenvolvi o pensamento crítico e a maturidade profissional na procura de respostas, ferramentas e competências para a prática da Enfermagem Avançada. A pesquisa é basilar no alcance de cuidados de excelência ao permitir o desenvolvimento pessoal, profissional e estimular melhores práticas. A minha postura ao longo deste percurso prova que realizei um caminho no sentido de exercer uma PBE, entendida como o exercício profissional fundamentado na melhor evidência científica, nos saberes decorrentes da experiência prática e nos valores do doente (Larrabee, 2011).

Em jeito de conclusão posso afirmar que este processo trouxe a consciencialização e conhecimento do eu pessoal e profissional, trouxe evolução e realização pessoal únicas uma vez que abriu portas para outras realidades, tendo até mudado de local de trabalho. Muitos dos projetos que iniciei neste ciclo de estudos poderão ser ferramentas a otimizar posteriormente, dando origem as novas ideias e investigações.

Sou agora uma enfermeira diferente do que era no início deste longo caminho que não termina aqui. Sigo mais carregada, levando na bagagem experiências vividas preenchidas por saberes, seres e afetos. Há na minha prática diária uma mudança que, não

sendo necessariamente revolucionária, faz parte de uma mudança estruturada, com repercussões interiores positivas, tanto a nível pessoal como profissional.

Trabalho e estudo almejando que a Enfermagem e os Enfermeiros sejam capazes de olhar o ser humano e sintam a responsabilidade de o cuidar com excelência e disponham de meios para o fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Manual de Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências: RT 11/2015*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central Sistemas de Saúde. (2016). *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373-82. DOI: 10.1590/s0104-07072005000300008
- American Association of Neuroscience Nurses. (2009). *Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage*. https://aann.org/uploads/AANN_Aneurysmal_Subarachnoid_Hemorrhage.pdf
- Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E & Munn Z (Eds), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Ashenburg's, K. (2007). *The Dirt on Clean: An Unsanitized History*. Knopf.
- Asid, J. M., Renegar, C. (2003). Bathing as a wellness experience. Bathing area design features enhance independence and feelings of well-being. *Nursing Homes Long Term Care Management*, 52 (10), 108-111. DOI: 10.1111/1468-0009.t01-1-00051.
- Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa. (2005). *Práticas Recomendadas Para o Bloco Operatório*. Espaço Gráfico.
- Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa. (2006). *Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidata.

Aviso n.º 3127/2016 da Universidade Católica Portuguesa. Regulamento de creditação. (2016). Diário da República, Série II (47) de 8 de março de 2016 <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/03/047000000/0834008342.pdf>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.

Berrios, S., Umscheid, C., Bratzler, D., Leas, B., Stone, E., Kelz, R., Reinke, C., Morgan, S., Solomkin, J., Mazuski, J., Dellinger, E., Itani, K., Berbari, E., Segreti, J., Parvizi, J. (...) Healthcare Infection Control Prac. (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection. *JAMA Surgery*, 152, 8, 784–791. DOI:10.1001/jamasurg.2017.0904

Boström, A.M., Ehrenberg, A., Gustavsson, J.P., Wallin, L. (2009). Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 6, 1159-1163. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01316.x

Bottura Leite de Barros, A. L., & Saraiva Bispo, G. (2017). Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. Trabalho apresentado em *Anais Do Encontro Internacional Do Processo de Enfermagem*. DOI: 10.17648/enipe-2017-85605

Bushak, L. (2015, 11 de Dezembro). A Brief History Of Bathing: The Importance Of Hygiene, From Ancient Rome's Sophisticated Showers To The Modern Day. Medical Daily. <https://www.medicaldaily.com/brief-history-bathing-importance-hygiene-ancient-romes-sophisticated-showers-modern-364826>

Carapeto, C. & Fonseca, F. (2006). *Administração Pública - Modernização, Qualidade e Inovação* (2ª Edição ed.). Edições Sílabo.

Centers for Disease Control and Prevention. (1982). CDC Guideline for Prevention of Surgical Wound Infections. *Infection Control*, 3 (2), 187-196. <http://www.jstor.org/stable/30145616>.

Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 20(04), 247–280. DOI:10.1086/501620

Dantas, U., Silva, R., Cavalcanti, A., Oliveira, C., Nóbrega, F. (2015). O trabalho dos enfermeiros no setor de urgência: limites e perspectivas. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9 (3). 7556-7561.
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10494/11356>

Decreto-Lei nº 161/1996 alterado pelo Decreto-Lei nº104/1998 do Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1998). Diário da República, Série I-A, Nº 93 de 1998-04-21, páginas 1739 – 1757. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº104/1998 do Ministério da Saúde. Criação da Ordem dos Enfermeiros e respectivo Estatuto. (1998). Diário da República, Série I-A, Nº 93 de 1998-04-21, páginas 1739 – 1757. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Regime Jurídico dos Graus E Diplomas do Ensino Superior. (2006). Diário da República, Série I-A, Nº 60 de 2006-03-24, páginas 2242 - 2257, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho, pelo Decreto-Lei nº 230/2009, de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto e pelo Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

Deepa, C., & Muralidhar, K. (Julho-Setembro de 2012). Renal Replacement Therapy in ICU. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 28, pp. 386-396. DOI: 10.4103/0970-9185.98357

Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República, Série II, nº 153/2014 de 2014-08-11, páginas 20673-20678. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho nº13427/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República, Série II, nº 228/2015 de 2015-11-20, páginas 33814-33816. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>

Dewey J., (2004). *Democracy and education*. Free Press (Reprint).

DiCenso, A. (2003). Evidence-based nursing practice: How to get there from here. *Nursing Leadership.*, 16(4), 20-26. DOI: 10.12927/cjnl.2003.16257

Direção Geral da Saúde - Direção de Serviços de planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 024/2013 de 23/12/2013. Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Ministério da saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/23/prevencao-da-infecao-do-local-cirurgico/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma nº 020/2015 de 15/12/2015. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Ministério da saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Direção Geral De Saúde. (2015). *Violência contra profissionais de saúde - notificação online 2014*. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/relatorio-de-avaliacao-dos-espisdodios-de-violencia-contra-ptofissionais-de-saude2014pdf-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. <https://www.anci.pt/relatorio-ppciradgs-2018>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatório do inquérito de prevalência de ponto em hospitais de agudos em portugal 2017*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Ministério da saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2022/11/22/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Doona, M. E., Chase, S. K., Haggerty, L. A., & Ed, D. (1999). Nursing Presence. As Real as a Milky Way Bar. *Journal of Holistic Nursing*, 17(1), 54–70. DOI:10.1177/089801019901700105

Edmiston, C. E., Krepel, C. J., Seabrook, G. R., Lewis, B. D., Brown, K. R., & Towne, J. B. (2008). Preoperative Shower Revisited: Can High Topical Antiseptic Levels Be Achieved on the Skin Surface Before Surgical Admission? *Journal of the American College of Surgeons*, 207(2), 233–239. DOI:10.1016/j.jamcollsurg.2007

Edmiston, C. E., Lee, C. J., Krepel, C. J., Spencer, M., Leaper, D., Brown, K. R., ... Seabrook, G. R. (2015). Evidence for a Standardized Preadmission Showering Regimen to Achieve Maximal Antiseptic Skin Surface Concentrations of Chlorhexidine Gluconate, 4%, in Surgical Patients. *JAMA Surgery*, 150(11), 1027. DOI:10.1001/jamasurg.2015.2210

European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). *Healthcare-associated infections: surgical site infections. Annual epidemiological report for 2017*. Stockholm. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-SSI.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control. (2021). *Directory of online resources for prevention and control of antimicrobial resistance and healthcare-associated infections*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-online-resources-prevention-and-control-antimicrobial-resistance-amr>.

Ferrito, C., Lourenço, M. & Rabiais, I. (2022). “*Guia da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório - Mestrado em Enfermagem*”. Universidade Católica Portuguesa.

Fineout-Overholt, E.; Johnston, L. (2006). Teaching EBP: Implementation of evidence: moving from evidence to action. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, fourth quarter, 3(4),194-200. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2006.00070.x

Fonseca, E. F., Penaforte, M. H., Martins, M. M. (2012). Caminhos para o Conhecimento sobre o Banho: um aspeto relevante nos cuidados de enfermagem. *Revista de Divulgação Científica – AICA*, 4, 6-14. <https://www.calameo.com/read/002167773b70df14c7724>

Fonseca, R. (2012). *Comunicação de más notícias em contexto de urgência*. [Dissertação de mestrado não-publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Fontana, R. T. (2006). As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 703-706. DOI:10.1590/S0034-71672006000500021

George, J. B. (2002). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. 5th Edition. California State University.

Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e cura para a pessoa e família*. Lusodidacta.

Graling, P. R., & Vasaly, F. W. (2013). Effectiveness of 2% CHG Cloth Bathing for Reducing Surgical Site Infections. *AORN Journal*, 97(5), 547–551. DOI:10.1016/j.aorn.2013.02.009

Grol, R.; Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1

Guzman-Pruneda, F. A., Husain, S. G., Jones, C. D., Beal, E. W., Porter, E., Grove, M., ... Schmidt, C. R. (2018). Compliance with preoperative care measures reduces surgical site infection after colorectal operation. *Journal of Surgical Oncology*, 119(4), 497-502. DOI:10.1002/jso.25346

Hand, M., Shove, E. & Southerton, D. (2005). Explaining Showering: A Discussion of the Material, Conventional, and Temporal Dimensions of Practice. *Sociological Research Online*, 10(2). DOI: 10.5153/sro.1100

Henderson, V. A. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusociência.

Iboshi, B. (2021). "Session 2: Panel 2: Presenter 2 (Paper) - The History of Bathing: a Cross-Cultural Tradition". *Young Historians Conference*. 18

Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2021). *Normas APA 7ª ed.: Guia informativo do IPVC*. IPVC.

Instituto Português de Sangue e Transplantação, I. (2016). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação*. (European Directorate for the Quality of

Medicines & Healthcare) (5a Edição). Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde (EDQM).

International Council of Nurses. (2012). *Closing the gap: from evidence to action*. ICN

Jakobsson, J., Perlkvist, A. & Wann-Hansson, C. (2011). Searching for Evidence Regarding Using Preoperative Disinfection Showers to Prevent Surgical Site Infections: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3), 143-152. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2010.00201.x

Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH Editora Ltda.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3rd ed.). Artmed.

Lei N.º 48/1990 da Assembleia da República. Lei de Bases da Saúde. (1990). Diário Da República, Série I (195) de 1990-08-24, páginas 3452-3459. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/48-1990-574127>

Lei N.º 12/1993 da Assembleia da República. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. (1993). Diário da República, Série I-A (94) de 1993-04-22, páginas 1961-1963. <https://data.dre.pt/eli/lei/12/1993/04/22/p/dre/pt/html>

Marcelino, P., Marum, S., Caramelo, N., Alves, C., Dias, C., & Alves, I. (2006). *Guia Prático para a Abordagem da Insuficiência Renal em Cuidados Intensivos*. Lusociência.

Martins, J. C. (2004). Os Enfermeiros e os Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento: Percepções, Atitudes e Opiniões. *Revista Referência*, 12, 15-26. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=31&id_revista=5&id_edicao=9

Magalhães, L. R. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento* [Dissertação de mestrado não-publicada]. Escola Superior de Saúde de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16261>

Matsen, F. A., Whitson, A. J., & Hsu, J. E. (2020). While home chlorhexidine washes prior to shoulder surgery lower skin loads of most bacteria, they are not effective against

Cutibacterium (Propionibacterium). *International Orthopaedics*, 44(3), 531-534. DOI:10.1007/s00264-019-04477-w

Melnyk, B., Ford, L.G., Troseth, M. (2014). *A National survey & forum for nurse executives: Leveraging evidence-based practice to enhance healthcare quality, reliability, patient outcomes and cost containment*. Elsevier. https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0019/184051/A-National-Survey-Forum-for-Nurse-Executives_Final-APRIL2016.pdf

Mendes, A. P. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170-177. DOI:10.1590/0034-7167-2016-0163

Miñambres, E., Pérez-villares, J. M., Chico-fernández, M., Zabalegui, A., Dueñasjurado, J. M., Misis, M., Coll, E. (2015). Lung donor treatment protocol in brain dead-donors: A multicenter study. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 34(6), 773–780. DOI: 10.1016/j.healun.2014.09.024

Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Governo de Portugal. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Moreno-Martínez, F.J., Gómez García, C.I., & Hernández-Susarte, A.M^a. (2016). Evolución histórica de la higiene corporal: desde la edad antigua a las sociedades modernas actuales. *Cultura de los Cuidados (Ed. digital)*, 20(46). DOI:10.14198/cuid.2016.46.11

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>

National Institute for Health and Care Excellence. (2008). *Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline*. DOI: 10.1136/bmj.a1924

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>

Nespoli, A., Geroulanos, S., Nardone, A., Coppola, S. & Nespoli, L. (2011). *The History of Surgical Infections. Surgical Infections*, 12 (1). Mary Ann Liebert, Inc publishers. DOI:10.1089/sur.2010.106

Nithingale, F. (1989). *Notes on Nursing: What it is and What it is Not*. D. Appleton and Company

Nunes, L. (2006). A segurança deve ser uma componente crítica da qualidade. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 23,13. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe23.html>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Meio caminho andado. Relatório Primavera 2018*. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Primavera-2018.pdf>

Oliveira, J. (2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados - Perspectiva do Conselho Directivo. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 24,13-17. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe24.html>

Oliveira, F., Macedo, A.P. & Vilaça, S.P. (2019). *Barreiras na Monitorização da Dor identificadas pelos Enfermeiros de um Serviço de Urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enunciado de posição: Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem*. <https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer CJ 225/2014. Enunciado de posição: Recusa de Cuidados* (Revista).

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_225_2014_Enunciado_Posicao_Recusa_de_Cuidados_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020, Abril). *OMS e parceiros apelam a um investimento urgente em enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/oms-e-parceiros-apelam-a-um-investimento-urgente-em-enfermeiros/>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transportes de Doentes Críticos Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS. Cirurgia Segura Salva Vidas. Patient Safety*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>

Peixoto, N., Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, 11, 121-132. DOI: 10.12707/RIV16030

Penque, S., & Keamey, G. (2015). Nursing Management. *Nursing Management* 30, 42-47. DOI:10.1097/00006247-199901001-00001

Pereira, J. (2006). *Gestão da dor oncológica. Manual de cuidados paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Pereira, I.O., Coelho, J.C.Q. (2017). *Intervenções de enfermagem ao doente com traumatismo crânioencefálico: construção e validação de um protocolo*. Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica, 161-172. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2887/1/cap-9.pdf>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

Rech, T. H., Filho, É. M. R. (2007). Manuseio do Potencial Doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19, 2, 197–204. DOI:10.1590/s0103-507x2007000200010

Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2011). Diário da República, Série II (35) de 2011-02-18, páginas 8648-8653. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

Regulamento no. 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. (2018). Diário da República, Série II (135) de 16/7/2018, páginas 19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento no. 140/2019. Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. (2019). Diário da República, Série II (26) de 06/02/2019, páginas 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário Da República, Série II (184) de 25/09/2019, páginas 128–155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Resolução N.º 1/2001 da Assembleia da República. A Convenção para a Proteção dos direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os direitos do Homem e a Biomedicina. (2001). Diário da República, Série I-A, N.º 2 de 2001-01-03, páginas 14-36. <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/1/2001/01/03/p/dre/pt/html>

Santos, M. J., Moraes, A. L., & Massarollo, M. C. K. B. (2012). Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *O Mundo Da Saúde*, 36(1), 34–40. DOI: 10.15343/0104-7809.20123613440.

- Santos, A. P. (2017). *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde* [Dissertação de mestrado]. Escola Superior de Saúde de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3685>
- Seixo, J. (2009). *Gestão Administrativa dos recursos humanos*. Lidel.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2021). Urgências – Hospital de São José. Portugal. <http://www.chlc.minsaude.pt/urgencias/>.
- Silva, M. & Gonçalves, R.F. (2017). *Avaliação e registo da dor no serviço de urgência: que realidade?* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=52974&codigo=296
- Smith, P. W., Watkins, K. & Hewlett, A. (2012). Infection control through the ages. *American Journal of Infection Control* 40, 35-42. DOI:10.1016/j.ajic.2011.02.019
- Unaibode. (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório*. Lusociência.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção* (5a Edição). Lusodidacta.
- Vargas, M. (2010). *Gestão de conflitos e desgaste profissional no bloco operatório: o caso dos enfermeiros* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Aberta. Lisboa. http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1702/3/TMCS_MCarmoVargas.pdf
- Vermei,l T., Peters, A., Kilpatrick, C., Pires, D., Allegranzi, B. & Pittet, D. (2019) Hand hygiene in hospitals: anatomy of a revolution. *Journal of Hospital Infection*, 101, 383-392. DOI:10.1016/j.jhin.2018.09.003
- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeira - da compaixão à proficiência*. Universidade Católica Editora.
- Vigarello, G. (2001). *História das Práticas de Saúde: A saúde e a doença desde a Idade Média* (1ª ed.). Editorial Notícias.

Worboys, M. (2018). *The History of Surgical Wound Infection: Revolution or Evolution?* *The Palgrave Handbook of the History of Surgery*. T. Schlich (ed.). Doi:10.1057/978-1-349-95260-1_11

Webster, J., & Osborne, S. (2015). Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI:10.1002/14651858.cd004985.pub5

Wolf, Z. R. (1993). Nursing rituals: doing ethnography. *National League for Nursing Publ.*, 19(2535), 269-310. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7504237/>

World Health Organization. (2018). *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536404/>

—

ANEXOS

ANEXO I

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Ana Rita Gonçalves Araújo da Costa**, estudante n.º 192021025 esteve presente no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



anrita.gac@gmail.com

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervosismo em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniçal Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

ANEXO II



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA - PORTO

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Ana Rita Costa, Rute Afonso; Ana Afonso; Prof. Dra. Rita Marques; Prof. Dra. Madureira Manuela** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 32 com o tema *Perspetiva histórica e contemporânea do banho pré-operatório: Protocolo de uma revisão sistemática de evidência de texto e opinião* no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



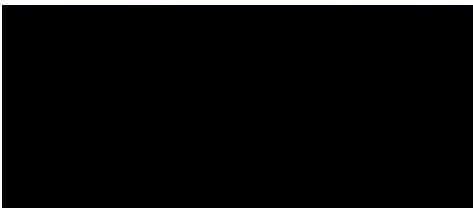
A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

ANEXO III

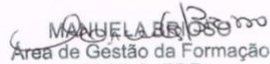


DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA RITA GONÇALVES ARAÚJO COSTA** colaborou como formador(a) na **Ação de Formação em Serviço (Videoconferência) "Abordagem à Pessoa com Aneurisma da Aorta Abdominal Sintomático ou Roto"**, realizada pelo(a) **URGÊNCIA GERAL** no dia **09 a 31 de Dezembro de 2022**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 22 de Fevereiro de 2023

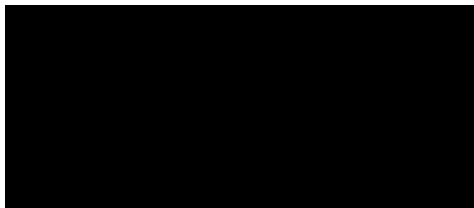
 A Área de Gestão da Formação


MANUELA MENDES
Área de Gestão da Formação


Declaração FS N.º 1024/2022/MC/MB

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

ANEXO IV



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA RITA GONCALVES ARAÚJO COSTA** frequentou a **Ação de Formação em Serviço (Videoconferência) "Avaliação e Registo da dor na UGP do [REDACTED]"** realizada pelo(a) **URGÊNCIA GERAL** no dia **18 de Setembro de 2022**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 13 de Janeiro de 2023

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração FS N.º 6808/2022/MC/MB

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

ANEXO V



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **ANA RITA GONÇALVES ARAÚJO DA COSTA**, estudante n.º 192021025, participou IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

anarigac@gmail.com

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Moderador: António Borges

Ana Paula Silva "Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19"
Ricardo Faria "Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV-2"
Isabel Faria "Critical Care Nursing to Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation: a Scoping Review"

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Anna Lindberg (RIH, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)
"ECMO: Pandemic experiences through the eyes of an ECMO specialist nurse"

10:45 – INTERVALO

11:00 – MESA DE ABERTURA

11:15 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Moderador: Amélia Alpoim

Ana Isabel Lopes "Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado"
Ana Paramos "A esperança na intervenção especializada junto do adolescente"
Débora Querido "A promoção da vinculação -um valor em saúde"

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)
"Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia"

13:00 – Almoço

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Moderador: Laurina Gomes

Elsa Calado "Crianças e o Covid-19: intervenção de enfermagem comunitária"
Sónia Coelho "As pessoas idosas e o suporte social formal em tempo de pandemia"
Marta do Céu Pires "Intervenção de enfermagem comunitária num bairro social em tempos de pandemia"

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Profª Doutora Lúcia Aparecida Fracoli (Universidade de São Paulo)
"Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação"

16:15 – Lançamento do Livro "25 anos de regulação na Enfermagem, 96 perfis e trajetórias assinaláveis"

16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

APÊNDICES

APÊNDICE I



O BANHO PRÉ-OPERATÓRIO CENTRADO NUMA VISÃO DOCUMENTAL E HISTÓRICA PROTOCOLO DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE EVIDÊNCIA DE TEXTO E OPINIÃO

Costa, Ana¹ — Moreira, Rute¹ — Afonso, Ana¹ — Marques, Rita² — Madureira, Manuela³
¹ Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa; ² Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A História, enquanto ciência, contribui para conhecer o passado, avaliar a sua influência no presente e produzir conhecimento para a mudança no futuro. Desde os primórdios, a luta contra a doença é uma constante preocupação, evidenciando-se as transformações científicas e tecnológicas na saúde com a preocupação na prevenção da disseminação de doenças, marcado por contributos inquestionáveis. Atualmente, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema de saúde pública à escala global, sendo a infeção do local cirúrgico (ILC) considerada uma das mais comuns. Uma realidade que acarreta custos diretos e indiretos na sociedade (DGS, 2018; OPSS, 2019), tornando-se uma componente crítica para a segurança do doente e alvo de melhoria clínica (Pina, et al., 2010). De forma a prevenir e reduzir a incidência da ILC, a Direção Geral de Saúde, através da Norma nº020/2015 de 15/12/2015, implementou o Feixe de Intervenção de Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, constituído por um conjunto de intervenções, entre elas o banho pré-operatório. O conceito de lavagem corporal pré-operatória foi introduzida há mais de 30 anos com o objetivo de reduzir a carga bacteriana da pele e consequentemente as infeções endógenas do local cirúrgico. Esta, como uma das intervenções vigentes no feixe, tem sido alvo de inúmeras alterações ao longo dos anos, constituindo uma desafiante questão de investigação.

OBJETIVO

Conhecer o percurso histórico e contemporâneo do banho pré-operatório na prevenção da infeção do local cirúrgico.

METODOLOGIA

A revisão sistemática de evidência de texto e opinião foi elaborada segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (2020) e a metodologia PICO.

Foram considerados todos os artigos ou documentos, incluindo os não publicados e literatura cinzenta, que fornecessem informação sobre o percurso histórico e contemporâneo do banho pré-operatório na prevenção ILC e de acordo com os critérios de inclusão definidos.

RESULTADOS

Os artigos identificados serão exportados para o software Rayyan Intelligent Systematic Review e removidos os duplicados. Serão selecionados por três revisores independentes em função dos critérios de inclusão, procedendo-se à leitura de título, resumo e texto integral, sistematizando-os em conjunto. Na análise do texto completo, estes serão avaliados detalhadamente justificando o seu processo de exclusão. Discordâncias que surjam entre os revisores serão discutidas até consenso. Por fim será realizada avaliação da qualidade metodológica. Os resultados serão reportados na sua totalidade e apresentados num diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). Os dados extraídos serão apresentados sob a forma de tabela produzida pelos autores em MS Excel, que incluirá informação sobre os autores, o título do artigo, o ano de publicação, fonte de publicação, o objetivo do estudo, participantes, métodos e resultados relevantes. Os dados serão apresentados visualmente sob forma de linha cronológica com os acontecimentos mais relevantes.

CONCLUSÃO

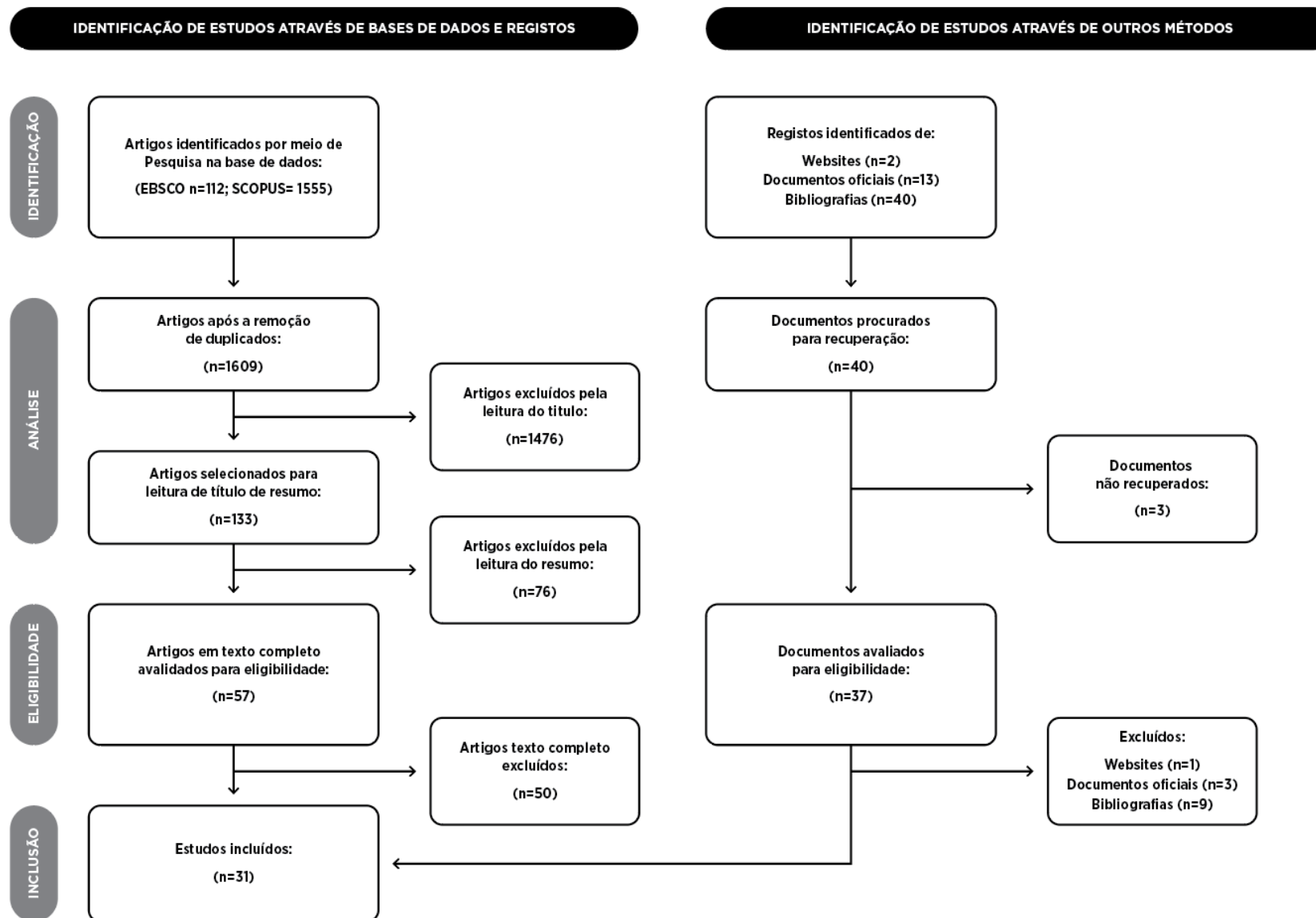
Sendo o banho pré-operatório essencial na redução da ILC, pretende-se que esta revisão seja demonstrativa da sua perspetiva histórica e contemporânea, de forma a sistematizar conhecimento e criar um pensamento reflexivo, contribuindo positivamente para o desenvolvimento da enfermagem, através de melhor investigação e aperfeiçoamento profissional, promovendo a prática de cuidados seguros e de qualidade.

BASE DE DADOS PESQUISADO	LILACS, MEDLINE, Cochrane e EBSCOhost
EVIDÊNCIAS NÃO PUBLICADAS E LITERATURA CINZENTA INCLUIDAS	Google Académico, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, livros e revistas
Critérios de Inclusão: Documentos (artigos, normas e guias/guides) em Português, Inglês e Espanhol, sem friso temporal	
POPULAÇÃO (P)	Utentes submetidos a procedimento cirúrgico eletivo
FENÓMENO DE INTERESSE (I)	Aplicação do banho pré-operatório na prevenção da ILC
CONTEXTO (Co)	A génese do controlo da infeção até à implementação do banho pré-operatório, visando situar historicamente a origem e evolução, principais fundamentos, com ênfase nos principais marcos históricos até à atualidade, perspetivando o futuro através das tendências passadas e atuais
PALAVRAS DE PESQUISA	Descritores MeSH e DeCS: <i>Infection, Surgical wound, Bathing, Showering, Preoperative e Surgical patients</i> Palavras Chaves: <i>History e Historic perspective</i> . Conjugadas com os operadores <i>booleanos</i> OR e AND



BIBLIOGRAFIA

APÊNDICE II



APÊNDICE III

Tabela 3 - Evidências de artigos seleccionados via outros métodos e pesquisa reversa

TÍTULO	AUTOR	ANO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not	Nightingale, F.	1989	Reflexo do trabalho mais conhecido de Florence Nightingale (1820–1910), criadora e fundadora da enfermagem moderna, a compilação das suas notas revelou-se de grande importância em várias áreas, desde a enfermagem, epidemiologia e medicina. Estas refletiam as crenças visionárias e essenciais ao movimento primário da prática da higiene convencional como uma prática de cura natural impregnada de saúde. Nightingale deixou um legado de ensinamentos que alicerçam a profissão, defendendo uma enfermagem que assumisse um papel fundamental na regulação da saúde com o combate insistente à falta de higienização em prol de resultados mais saudáveis.
The Bath: A Nursing Ritual	Wolf, Z. R.	1993	Este artigo examina o banho como ritual de enfermagem, usando exemplos da literatura desde a década de 1880 até os dias atuais. Seleções de periódicos de enfermagem e outras literaturas são usadas para apoiar as conexões entre as práticas de enfermagem do passado e do presente em relação ao banho e cuidados de higiene. O banho está representado na essência da enfermagem e enraizado nas crenças, na arte e na ciência da profissão. É um canal para muitas outras intervenções e áreas de atuação e, como tal, ocupa uma parte necessária do repertório e da identidade da enfermagem
História das práticas de saúde: a saúde e a doença desde a Idade Média	Vigarello, G.	2001	Vigarello repassa a história da higiene corporal desde a Idade Média até a tempos mais recentes, sendo esta o reflexo do processo civilizacional de cada época. Afirma que a história da limpeza corporal é também uma história social e nesse sentido, analisa cronologicamente as práticas de cada época enfatizando como as normas de limpeza e higiene se enunciam, se definem e se refletem na preservação do corpo e defesa da população.
Explaining Showering: A Discussion of the Material, Conventional, and Temporal Dimensions of Practice	Hand, M., Shove, E. & Southerton, D.	2005	Exploração de algumas das dimensões e dinâmicas do banho como prática com crescente popularidade. As evidências documentais revelam que a mudança de posicionamento infraestrutural, tecnológico, retórico e moral do banho ao longo dos tempos pode ser explicada pelos benefícios percebidos pelas populações que se reproduziram na adesão, fixidez e a fluidez das rotinas de higiene comuns e padrões de consumo associados.
As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções.	Fontana, R. T.	2006	Descrição da evolução histórica das infeções e tratamentos traçando uma interface destas com o panorama moderno da epidemiologia e controlo das infeções hospitalares. Análise dos principais contributos para a ciência, microbiologia e medicina dos tratamentos desenvolvidos onde se incluem desde mitos e crenças populares a dados científicos.
The Dirt on Clean: An Unsanitized History	Ashenburg, K.	2007	O livro aborda a história do banho desde a Grécia antiga até aos dias de hoje, sendo apresentada a versão de limpeza de cada cultura e época. Mais do que um hábito de higiene, o banho reflete a história e o desenvolvimento cultural de um povo e suas crenças, a história do banho traça a trajetória da civilização.
The History of Surgical Infections.	Nespoli, A., Geroulanos, S., Nardone, A.,	2011	A prática da medicina é um processo de aprendizagem ao longo da vida, que se baseia necessariamente no conhecimento do passado. É abordado o importante tópico da história das infeções cirúrgicas ilustrando, através dos

	Coppola, S. & Nespoli, L.		séculos, o desenvolvimento da cognição médica e a contribuição de grandes personalidades (por exemplo, médicos, cirurgiões e microbiologistas).
Infection control through the ages.	Smith, P. W., Watkins, K. & Hewlett, A.	2012	Para apreciar os avanços atuais no campo da epidemiologia da saúde, é importante compreender a história da infecção hospitalar. Os ambientes e práticas hospitalares para cada período são descritos, com particular ênfase nas condições e práticas, de modo a fornecer uma visão geral e representativa das infecções hospitalares ao longo dos séculos.
A Brief History Of Bathing: The Importance Of Hygiene, From Ancient Rome's Sophisticated Showers To The Modern Day.	Bushak, L.	2015	Imaginamos que, antes da era moderna, os humanos eram sujos e bárbaros, sem tomar banho durante dias, semanas e até meses. Mas a história nunca é tão simples, e muitas culturas antigas detinham os seus próprios rituais de banho - seja para fins higiênicos, religiosos, terapêuticos ou mesmo sociais. Embora ao longo da história não tivéssemos todas as evidências científicas mostrando a importância médica da higiene como temos hoje, a limpeza era frequentemente associada ao poder, espiritualidade e até beleza.
Corpo e água: os banhos públicos em Portugal na Idade Média.	Trindade, L.	2015	Este artigo procura sistematizar algumas questões: entre outros, a expressão material, mas também a forma como o banho marcou as vivências quotidianas, generalizadamente aceite e praticado pelas suas qualidades terapêuticas ou, sob apertada vigilância e progressiva condenação, vivenciado como momento lúdico de marcada sociabilidade.
Evolución histórica de la higiene corporal: desde la edad antigua a las sociedades modernas actuales	Moreno-Martínez, F. J., García, C. I. G. & Hernández-Susarte, A. M.	2016	O objetivo geral da investigação é estudar a evolução da higiene corporal de forma holística a partir dos tempos antigos até ao presente, tendo esta mudado consideravelmente desde a Grécia e Roma antigas até à contemporaneidade com os avanços científicos e o movimento higienista. Atualmente, as sociedades atingem altos níveis de higiene pessoal e as pesquisas sugerem que estes podem ser contraproducentes para a saúde.
The History of Surgical Wound Infection: Revolution or Evolution?	Worboys, M.	2018	Os cirurgiões sempre temeram as infeções das feridas, sendo que estas eram a realidade antes da adoção de práticas assépticas em meados de 1860 e do advento dos antibióticos em meados de 1930. Na melhor das hipóteses, a infecção retardava a cicatrização da ferida e na pior, levava à morte espalhando-se localmente como gangrena e sistemicamente como septicemia. O trabalho de Joseph Lister, cirurgião que utilizava ácido carbólico para matar os germes que Louis Pasteur alegou causa da doença, foi um marco importante.
Hand hygiene in hospitals: anatomy of a revolution	Vermeij, T., Peters, A., Kilpatrick, C., Pires, D., Allegranzi, B. & Pittet, D.	2019	Artigo que examina a evolução das ideias sobre higiene e higiene das mãos desde a antiguidade até os tempos modernos num fenómeno global. Análise dos principais marcos históricos e contribuições. Observar a história antiga e moderna da higiene, permite contextualizar e analisar as práticas adotadas e medidas implementadas. Ao longo da história, os humanos muitas vezes tiveram uma higiene pessoal lamentável, com exceção das mãos. Nos tempos modernos, embora nossa cultura seja relativamente obcecada com a limpeza, a adesão à higiene das mãos permanece baixa.
"Session 2: Panel 2: Presenter 2 (Paper) The History of Bathing: a Cross-Cultural Tradition"	Iboshi, B.	2021	Embora a sociedade muitas vezes trate o banho como um assunto pessoal, esta é uma temática plural desde o começo da história humana. A forma como as práticas de banho se espalharam e evoluíram através de diferentes culturas ao longo do tempo mostra como estamos interconectados como espécie. Desde a antiguidade até à atualidade, as formas como as pessoas se banham foram influenciadas por outras culturas e, no futuro, as práticas de banho continuarão a mudar e evoluir através da interação intercultural.

Tabela 4 - Evidências de documentos oficiais

DOCUMENTOS INTERNACIONAIS

TÍTULO	AUTOR	ANO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
Guideline for Prevention of Surgical Wound Infections	CDC	1982	O banho com antissépticos tem sido recomendado como medida de prevenção pré-operatória, pois reduz a colonização com patógenos típicos de feridas, como <i>Staphylococcus aureus</i> . Embora o banho seja fácil, seguro e barato, não foi comprovado que reduza as infecções. Se a cirurgia for eletiva, o doente deve tomar banho na noite anterior com uma solução antisséptica.
Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection	CDC	1999	O banho antisséptico pré-operatório diminui contagens de colônias microbianas da pele. Verificou-se que a clorhexidina reduz um maior número de colônias em relação à iodopovidona. Apesar da redução da carga microbiana, não está confirmado que a clorhexidina diminui a ILC.
Surgical site infections: prevention and treatment	NICE	2008	O banho pré-operatório deve ser efetuado no dia anterior ou no dia da cirurgia com sabão.
Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009	OMS	2009	Antes de preparar a pele de um doente para um procedimento cirúrgico, deve proceder-se à sua descontaminação major. Apesar do banho pré-operatório com solução antisséptica ter mostrado uma redução na incidência da ILC, reduz o número de bactérias e garante que a pele está limpa.
Global guidelines for the prevention of surgical site infection	WHO	2018	É uma boa prática clínica para os doentes tomar banho antes da cirurgia. Sugere-se que o sabão comum ou sabão antimicrobiano pode ser utilizado para este fim. O painel decidiu não formular uma recomendação sobre o uso de toalhetes impregnados com CHG com o propósito de reduzir a infecção do local cirúrgico, devido à fraca evidência. Referem ainda a possibilidade de reações alérgicas clorhexidina, apesar de raras.
Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection	CDC	2017	Na noite imediatamente antes ao dia da cirurgia, os doentes devem tomar banho com sabão (antimicrobiano ou não) ou um agente antisséptico. O uso de clorhexidina não está comprovada, relativamente à sua eficácia na prevenção da ILC.

Surgical site infections: prevention and treatment	NICE	2019	O banho pré-operatório deve ser efetuado no dia anterior ou no dia da cirurgia com sabão.
--	------	------	---

DOCUMENTOS NACIONAIS

TÍTULO	AUTOR	ANO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico	DGS	2013	Promover o banho do doente com solução antisséptica, incluindo o couro cabeludo, na véspera da cirurgia, e no dia da cirurgia (com pelo menos duas horas de antecedência).
“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico	DGS	2015	Realizar o banho com clorexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência.
“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico- atualizada	DGS	2022	Realizar banho com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contraindicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência)

Tabela 5 - Evidências de artigos da pesquisa em base de dados

TÍTULO	AUTOR	ANO	OBJETIVO/TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
Preoperative chlorhexidine gluconate showers.	Edmiston CE, Krepel CJ, Seabrook GR, Lewis BD, Brown KR, Towne JB.	2008	Validar a concentração efetiva de CHG na superfície da pele, com aplicação de sabonete líquido 4% CHG e toalhetes impregnados com 2% CHG (nas zonas inguinais e abdominais) Estudo randomizado.	O GCH é um medicamento seguro e agente antisséptico eficaz para reduzir o risco de contaminação microbiana. Demonstra uma atividade persistente na superfície da pele por várias horas. O uso de toalhetes resulta em concentrações consideravelmente mais altas e sem lacunas na cobertura antisséptica. Com o sabão 4% foram observadas lacunas na cobertura mesmo após aplicação repetida. Os enfermeiros devem garantir informações explícitas e instruções claras sobre as áreas a lavar e o tempo de contacto do produto para a realização de um banho antisséptico pré-operatório.
Compliance with preoperative care measures reduces surgical site infection after colorectal operation.	Guzman-Pruneda, F. A., Husain, S. G., Jones, C. D., Beal, E. W., Porter, E., Grove, M., Moffatt-Bruce, S. & Schmidt, C. R.	2018	Validar a eficácia do cumprimento das múltiplas estratégias associadas à diminuição da ILC, nas cirurgias colorretais Estudo de coorte.	As medidas incluem: lavagem anti séptica na noite anterior e no dia da cirurgia com panos ou sabão com CHG, antibiótico oral, preparação intestinal mecânica, antibiótico profilático no pré-operatório, Chloraprep na preparação da pele e tricotomia (5 medidas). Estudo feito entre 2010 e 2016 demonstra que a adesão/cumprimento total das 5 medidas de cuidados pré-operatórios reduz a taxa de ILC. Nenhuma medida foi independentemente associada a uma menor taxa de infecção. Apenas a combinação da preparação intestinal mecânica e o antibiótico oral estão entre as intervenções com benefício validado para ILC.
Searching for Evidence Regarding Using Preoperative Disinfection Showers to Prevent Surgical Site Infections: A systematic review	Jakobsson, J.; Perlkvist, A.; Wann-Hansson, C	2011	Revisão das evidências para o banho pré-operatório com antissépticos na prevenção da ILC Revisão Sistemática da Literatura	Há necessidade de mais pesquisas sobre o número de banhos com desinfecção pré-operatória para obter o efeito ideal na prevenção da ILC. Os profissionais de saúde devem ter conhecimento para orientar os doentes com informações e instruções claras sobre procedimentos do banho.

Effectiveness of 2% CHG Cloth Bathing for Reducing Surgical Site Infections.	Graling, P. R.; Vasaly, F. W.	2013	A eficácia no uso de panos 2%CHG, 3 horas antes da cirurgia, como preparação adjuvante na preparação pré-operatória, na cirurgia geral, vascular e ortopédica Estudo de coorte prospectivo.	No Hospital Inova Fairfax está protocolado banho pré-operatório na cirurgia cardíaca (2 vezes) com CHG 4% (sabão). Há uma redução geral da infecção no grupo que utilizou toalhetes com 2% CHG e sugerem um protocolo de enfermagem para esta intervenção com educação sobre aplicação aos doentes. Está comprovado que CHG é eficaz contra fungos, bactérias gram-positivas e gram-negativas como Staphylococcus aureus, Enterococcus, Pseudomonas e outros patogênicos multirresistentes.
Evidence for a Standardized Preadmission Showering Regimen to Achieve Maximal Antiseptic Skin Surface Concentrations of Chlorhexidine Gluconate, 4%, in Surgical Patients.	Edmiston, C., Lee, C. J., ; Krepel, C. J., Spencer, M., Leaper, D., Brown, K. R., Lewis, B. D., Rossi, P. J., Malinowski, M. J. & Seabrook, G. R.	2015	Avaliar a eficácia do protocolo pré-operatório que otimiza as concentrações na superfície da pele de CHG e comparar com outros estudos Estudo prospectivo randomizado	Melhor eficácia com aumento da concentração de CHG e regime padronizado do banho pré-operatório. Processo padronizado: dose de 118ml de CHG 4% por banho; mínimo de 2 banhos sequenciais; pausa antes do enxaguamento de pelo menos 1 minuto. Estudos mostram que 2 banhos com CHG reduz 9x as colônias bacterianas enquanto a iodopovidona ou sabonete com triclocarbon reduz 1.3 a 1.9 vezes.
Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection	Webster, J. & Osborne, S.	2015	As evidências para o banho pré-operatório com antissépticos na prevenção da infecção nosocomial na ILC Revisão sistemática de literatura	O banho reduz a microflora da pele. Não é claro se a redução da microflora da pele leva a uma menor incidência da ILC. Não há evidência clara do benefício do banho pré-operatório com CHG ou outros produtos de lavagem para reduzir ILC.
While home chlorhexidine washes prior to shoulder surgery lower skin loads of most bacteria, they are not effective against Cutibacterium (Propionibacterium)	Matsen, F. A., Whitson, A. J. & Hsu, J. E.	2020	Determinar o grau da eficácia das lavagens com CHG pré-operatórias na eliminação das bactérias na superfície da pele, epiderme e derme após a incisão durante a artroplastia do ombro, nomeadamente da Cutibacterium principal responsável pelas infecções periprotésicas do ombro. Estudo randomizado controlado	Os banhos pré-operatórios com CHG 4% sabonete líquido não foram eficazes na redução da carga de Cutibacterium na pele dos doentes, persiste. Embora tenham sido eficazes nas cargas de Staphylococcus e outras espécies de bactérias.

APÊNDICE IV

A PESSOA COM
**ANEURISMA DA AORTA
ABDOMINAL**
SINTOMÁTICO OU ROTO

ABORDAGEM E INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA

Mestranda/Formador: Rita Costa

Orientador: Professora Doutora Rita Marques

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Objetivos

Geral

- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa com aneurisma da aorta abdominal sintomático ou roto na sala de emergência.

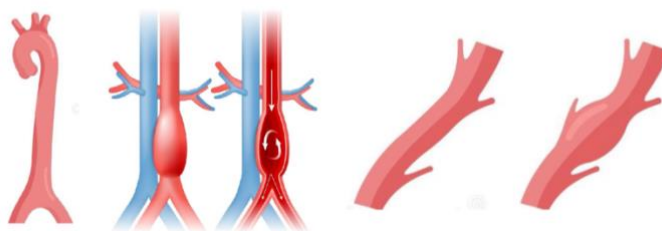
Específicos

- Identificar o aneurisma da aorta abdominal (AAA) sintomático ou roto (rAAA) como uma complicação do AAA;
- Reconhecer, identificar e intervir em situações de AAA sintomático e rAAA na sala de emergência;
- Descrever a abordagem e intervenções de enfermagem à pessoa com AAA sintomático e rAAA;

BITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

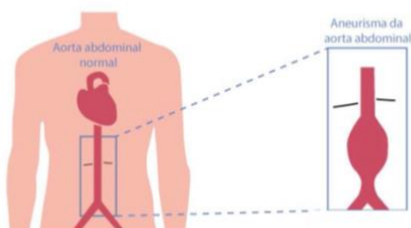
Aneurisma

Dilatação permanente e localizada numa artéria que supera em 50% o seu diâmetro fisiológico



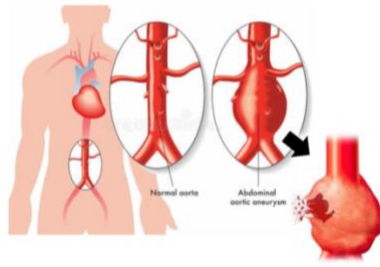
BITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA)



BITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Rotura de AAA



- É a principal complicação do AAA.
- A irreversibilidade da dilatação e o seu carácter progressivo podem conduzir à rotura.
- Elevada taxa de mortalidade (50% - 80%).
- Triade patognomónica - dor abdominal/lombar, massa abdominal pulsátil e hipotensão.

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Fatores de risco

- Idade avançada (> 65 anos);
- Sexo masculino;
- Predisposição familiar;
- Doença arterial periférica;
- Tabagismo.



RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Fatores de risco

- Idade avançada (> 65 anos);
- Sexo masculino;
- Predisposição familiar;
- Doença arterial periférica;
- Tabagismo.



RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Fatores de risco

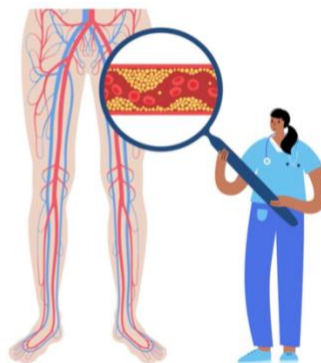
- Idade avançada (> 65 anos);
- Sexo masculino;
- Predisposição familiar;
- Doença arterial periférica;
- Tabagismo.



RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Fatores de risco

- Idade avançada (> 65 anos);
- Sexo masculino;
- Predisposição familiar;
- **Doença arterial periférica;**
- Tabagismo.



RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Fatores de risco

- Idade avançada (> 65 anos);
- Sexo masculino;
- Predisposição familiar;
- Doença arterial periférica;
- **Tabagismo.**



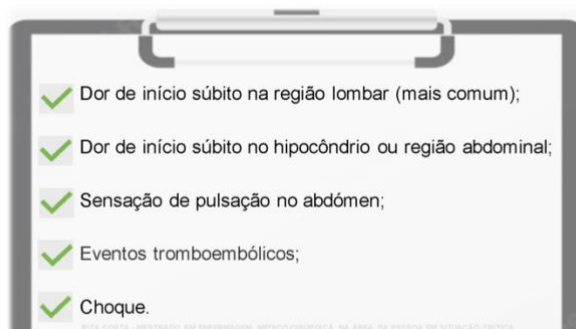
RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



- Mais de 80% dos AAA são assintomáticos e detetados acidentalmente em exames complementares de diagnóstico.

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Sinais e sintomas



RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Abordagem ao doente com AAA



AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES SIMULTÂNEAS

Se identificada situação que implica risco de vida, esta deve ser corrigida imediatamente.

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- O doente hemodinamicamente instável com AAA é encaminhado para a sala de emergência até ser conduzido para o local de tratamento definitivo.
- O tempo mínimo até a sala de cirurgia é fundamental para garantir a sobrevida dos doentes.



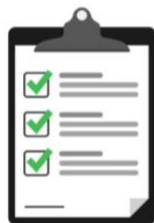
30 min



60 min

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Abordagem ao doente com AAA



Abordagem ABCDE



Exame físico



Diagnóstico de imagem
ou ecografia

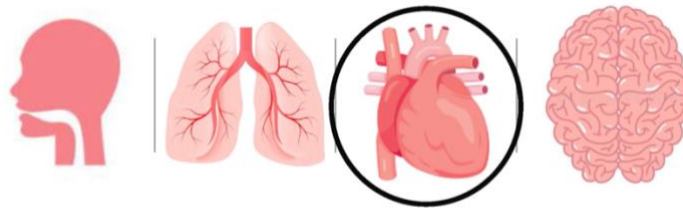
RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cuidados de enfermagem

- Identificar focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória;
- Implementar intervenções de enfermagem apropriadas aos problemas identificados;
- Monitorizar, avaliar e reavaliar a adequação das intervenções aos problemas identificados;
- Garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;



RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



C - Circulação

- **Avaliar:** Coloração
- **Sentir:** Pulsos periféricos e palpação abdominal
- **Monitorizar:** Pressão arterial, frequência cardíaca e ritmo cardíaco

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- Estabelecer **acessos intravenosos periféricos de grande calibre** para administração rápida de cristaloides, sangue e/ou medicação;



Dalis, M. B. & Rastlan, Z. (2012). Abordagem inicial do aneurisma de aorta abdominal rotu. Medicina de urgência e emergência. Educ Contin Saude ematen. 10(2): 65-6

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- É importante colher exames laboratoriais e **proceder à tipagem sanguínea.**
- Sistema de hemovigilância **Gricode**;
- **ROTEM** – diagnóstico de coagulopatias;



RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- Se **instabilidade hemodinâmica** instituir **reposição volêmica**, com cristaloides e hemoderivados e avaliar ativação do protocolo de transfusão massiva
- Preferir hemoderivados aos cristalóides pois a infusão de grandes volumes de fluido frio causa coagulopatia por diluição e hipotermia;



Tsontong P, Sukempong S. (2010). Intravenous fluids for abdominal aortic surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, Art. No. - CD008891. DOI: 10.1002/14651958.CD008891.pub2.

Dalis, M. B. & Rastlan, Z. (2012). Abordagem inicial do aneurisma de aorta abdominal rotu. Medicina de urgência e emergência. Educ Contin Saude ematen. 10(2): 65-6

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- Indicação para **algaliação** para controlo da resposta à reposição volémica;



Dafre, M. B. & Ravelan, Z. (2012). Abordagem inicial do aneurisma de aorta abdominal rotos. *Medicina de urgência e emergência*. Educ Cortin Saúde especial, 10(2):65-6

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Monitorizar doente e vigiar TA - Hipertensão



- A terapia anti-hipertensiva visa diminuir a carga pulsátil, a fim de retardar a rotura total da aorta.

Moreno, D.H., Cacione, D.G., Baptista-Silva, J.C.C. (2016). Controlled hypotension versus normotensive resuscitation strategy for people with ruptured abdominal aortic aneurysm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 5. Art. No.: CD011584. DOI: 10.1002/14651858.CD011584.pub3.

Khognadad, M.D. & Konstadinos, M.D. (2006). Managing Emergency Hypertension in Aortic Dissection and Aortic Aneurysm Surgery. *J CARD SURG*. 21:53-57. doi: 10.1111/j.1540-8191.2006.00213.x (J Card Surg 2006;21:53-57)

Dafre, M. B. & Ravelan, Z. (2012). Abordagem inicial do aneurisma de aorta abdominal rotos. *Medicina de urgência e emergência*. Educ Cortin Saúde especial, 10(2):65-6

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

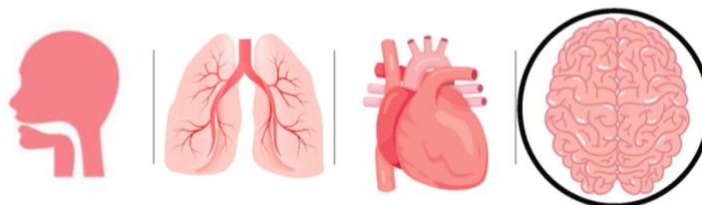
Monitorizar doente e vigiar PA - Hipotensão

- Restaurar a pressão arterial normal demonstra piorar os resultados;
- Indicação para **reposição com hipotensão controlada (permissiva)**, ou seja, com baixo volume.



Titulação de fluidos para uma pressão arterial sistólica de 70 mmHg a 100 mmHg e uma pressão arterial média de 65 mmHg

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



D – Disfunção
Neurológica

- Avaliar: Estado de consciência

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- Hipotensão severa pode causar uma alteração do estado de consciência;
- Avaliar frequentemente e valorizar qualquer alteração do estado de consciência;



Dalio, M. B. & Rasilian, Z. (2012). Abordagem inicial do aneurisma de aorta abdominal rotto. Medicina de urgência e emergência. Edux Corinn Saúde ematen. 10(2):65-6

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



E – Exposição

- Avaliar: Temperatura corporal (36,0° C)

RITA COSTA - MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- Indicação para manter a normotermia através de aquecimento ativo se possível;



Azeite, M., Rocha, C., Oliveira, L., Dias, L., Canabarro, P.C., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017). Proposta de consenso de manutenção de normotermia no período peri-operatório. Revista Sociedade de Portuguesa de Anestesiologia, 24(15), 27-37.

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- Indicação para controlo de dor;
- Repouso absoluto;



Dalio, M. B. & Rasilian, Z. (2012). Abordagem inicial do aneurisma de aorta abdominal rotto. Medicina de urgência e emergência. Edux Corinn Saúde ematen. 10(2):65-6

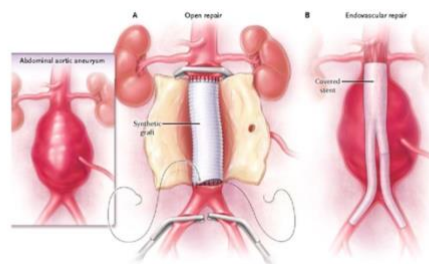
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Transporte de doente crítico

- Reunir as condições de segurança para transporte inter-hospitalar;
- Acompanhado por elementos experientes - Medico e Enfermeiro;
- Meios de suporte e monitorização adequados ao estado do doente.



Tratamento



ARTIGO DE REVISÃO

Rastreio do aneurisma da aorta abdominal. ESTADO ATUAL DA ARTE
 SCREENING OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM: CURRENT STATE OF THE ART
 Toulon-Tardieu, Ruy-Rocha, et al. RUA-Revista

Aneurismas da aorta abdominal: um risco pouco (re)conhecido
 17º Congresso Nacional de Interação Científica
 Sociedade Brasileira de Medicina Intensiva e a Associação Brasileira de Anestesiologia em Intensiva

Controlled hyperventilation versus normotensive resuscitation strategy for people with ruptured abdominal aortic aneurysm
 Blandin C, Blandin J, Blandin S, et al. J Intensive Care Med

Medicina de urgência e emergência
 A avaliação pré-hospitalar em pacientes com aneurisma da aorta abdominal: uma revisão sistemática
 Blandin C, Blandin J, Blandin S, et al. J Intensive Care Med

Managing Emergency Hypertension in Aortic Dissection and Aortic Aneurysm Surgery
 Ali Khoshdel, M.D., and Karimzadeh A. Pourfar, M.D.
 University of Medicine and Health Sciences, Department of Anesthesiology, University of Medicine and Health Sciences, Mount Sinai Medical Center, Mount Sinai Hospital, New York, New York

Rastreio do aneurisma da aorta abdominal – revisão baseada na evidência
 Wilson Santos, et al. RUA-Revista

Bibliografia

- Beltrini, M. A. & Rassin, Z. (2012). Abordagem inicial do aneurisma da aorta abdominal rotunda. Medicina de urgência e emergência. Educ Cont Saúde einstein. 10(2):65-6
- Cardoso, V. & Mendes, P. (2013). Rastreio do aneurisma da aorta abdominal – revisão baseada na evidência. Rev Port Med Geral Fam. 30:306-14
- Costa, S., Machado, R., Almeida, R., (Dezembro 2018) Rastreio do Aneurisma da Aorta Abdominal, Estado Atual da Arte. Angiologia e Cirurgia Vascular. N44. V14. Publicação OfcI SPACV. www.acjournal.com
- Dalio, M. B. & Rassin, Z. (2012). Abordagem inicial do aneurisma da aorta abdominal rotunda. Medicina de urgência e emergência. Educ Cont Saúde einstein. 10(2):65-6
- Giménez, J. L. (2010). Aneurismas da aorta abdominal: um risco pouco (re)conhecido. Rev Port Clin Geral 2010;26:476-84
- Khoynezhad, M. & Konstantinos, M.D. (2006). Managing Emergency Hypertension in Aortic Dissection and Aortic Aneurysm Surgery. J CARD SURG. 21:53-57. doi: 10.1111/1540-8189.00602(3.x)J Card Surg 2006;21:53-57
- Morano, D.H., Carcione, D.G., Baglatta-Silva, J.C.C. (2016). Controlled hypotension versus normotensive resuscitation strategy for people with ruptured abdominal aortic aneurysms. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6. Art. No.: CD011664. DOI: 10.1002/14651858.CD011664.pub3.
- Nordon, I.M., Hindle RJ., Holt P.J., Lofus I.M., Thompson, M.M. Review of current theories for abdominal aortic aneurysm pathogenesis. Vascular 2009 Sep-Oct; 17 (5): 253-63.
- Ribeiro et al. (2017). Diagnóstico de enfermagem ao paciente hospitalizado para correção de aneurisma de aorta. Revista Enfermagem UFPA;7(2): 222-235
- Regulamento no 425/2018 de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República no 135/2018, Série II de 2018-07-16. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Toompong P, Sukumrong S. (2010). Intravenous fluids for abdominal aortic aneurysm. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD000991. DOI: 10.1002/14651858.CD000991.pub2.

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

OBRIGADA PELA ATENÇÃO



PEÇO A SUA COLABORAÇÃO PARA
RESPONDER A UM BREVE
QUESTIONÁRIO.

RITA COSTA – MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDIO-GRÁVICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APÊNDICE V

A avaliação da pupila é muito subjetiva, pois as suas respostas traduzem-se por pequenas alterações, sendo essas difíceis de identificar e, principalmente, quantificar através do olho humano.

Na prática, a avaliação da pupila é frequentemente completada por vários elementos da equipa de enfermagem, que dentro da subjetividade da avaliação de cada examinador, não são capazes de avaliar com precisão e fazer julgamentos consistentes e concordantes.



Para enfermeiros peritos em realizar a avaliação neurológica e cuidar de doentes neurológicamente críticos, incorporar um pupímetro no cuidado seria simples na prática e na teoria.

A confiabilidade e a validade dos exames pupilares manuais são pobres, e os achados prognósticos prévios da resposta pupilar são limitados a correlações apenas entre pupilas não responsivas e resultado negativo. Evidências emergentes sugerem potenciais benefícios da pupímetria automatizada, especificamente melhor confiabilidade e precisão das avaliações. Em unidades de enfermagem não neurológicas, o pupímetro pode medir objetivamente o tamanho e a simetria da pupila, oferecendo maior confiança na avaliação neurológica.



Leitura

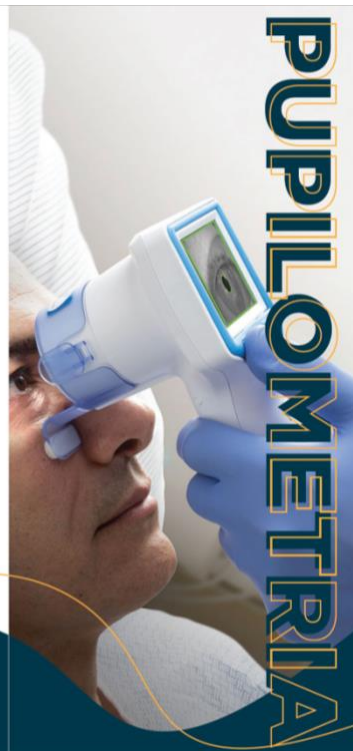
Esta brochura informativa surge no âmbito do 15º curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica de Lisboa.

Solicito a sua colaboração no preenchimento de um questionário de avaliação/satisfação.

Obrigada.

Mestranda: Ana Rita Costa, 192021025

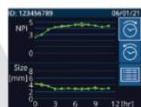
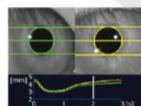
PUPILOMETRIA



Nos vários cenários possíveis de causar uma lesão cerebral, uma correta avaliação pupilar pode detetar e prevenir o agravamento da lesão intracraniana agilizando o tratamento emergente para melhorar os resultados.

A avaliações pupilares são um componente crítico para qualquer exame neurológico. A avaliação à cabeceira do tamanho da pupila, forma, reatividade e simetria relativa é a pedra angular do exame neurológico destes doentes. Apesar da importância das avaliações pupilares, existem limitações significativas para os exames pupilares manuais.

O Pupímetro permite uma medição objetiva do tamanho pupilar e reatividade através do Índice Neurológico da Pupila (NPI).



A **pupímetria** é uma técnica de monitorização objetiva não invasiva e surge como resposta à dificuldade humana de avaliar objetivamente as variações pupilares.



Os pupímetros portáteis digitais já existem no mercado há cerca de 20 anos.

No entanto a sua implementação na prática tem sido bastante baixa, apesar dos vários estudos que sugerem o seu uso de forma a facilitar o reconhecimento precoce de lesões agravadas.

QUAIS AS SUAS VANTAGENS?



FAZ REGISTOS **QUANTITATIVOS**



AVALIA **MAIS** PARÂMETROS



PERMITE **GRAVAR OS RESULTADOS** E **COMPARÁ-LOS** DE OBSERVAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO



POSSIBILITA **DEFINIR UM PADRÃO** DE NORMALIDADE DE CADA



NÃO DEPENDE DA CAPACIDADE DO EXAMINADOR

APÊNDICE VI

Os clássicos "6 Ps" podem ajudar na avaliação da severidade clínica da isquemia.

6Ps

Pain - DOR ❌

Pallor - PALIDEZ ✔️

Poikilothermia - POIKILOTERMIA - desregulação /diminuição da temperatura do membro) ✔️

Paraesthesia - PARESTESIA ❌

Paralysis - PARALISIA ❌

Pulselessness - AUSÊNCIA DE PULSOS ✔️

A presença de todos os 6 sinais simultaneamente raramente ocorre.

❌ A perda de sensibilidade e função motora são sintomas já tardios.

❌ A dor e alterações da sensibilidade não são perceptíveis e comunicáveis pela maioria dos doentes em UCI.

O exame físico deve incluir a avaliação de todos os pulsos periféricos e ambos os membros devem ser examinados para excluir doença bilateral.

A deteção de pulsos periféricos deve ser pesquisada com recurso à **palpação** e, em caso de dificuldade ou dúvida, melhorada através da utilização de um **Doppler portátil**.



Esta brochura informativa surge no âmbito do 15º curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica de Lisboa.

Solicito a sua colaboração no preenchimento de um questionário de avaliação/satisfação. Obrigada.

Mestranda: Ana Rita Costa, 192021025
Orientadora: Prof. Doutora Rita Marques
Orientadora de Estágio: Enf. Especialista Filipa Sendim



Leitura

Isquémia Aguda de Membro (IAM)

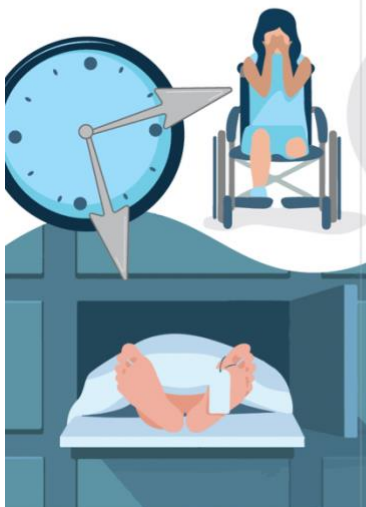


Na UCI, os doentes encontram-se em situação de particular vulnerabilidade e, portanto, propensos a sofrer uma lesão isquémica grave.

A **isquemia aguda de membro (IAM)** é uma doença que ameaça a vida e viabilidade do membro e que carece de uma avaliação e orientação urgentes.

É caracterizada por uma **diminuição súbita da perfusão arterial do membro**, sendo que em 80% dos casos, os membros inferiores são os mais afetados.

Considera-se IAM quando a duração dos sintomas é inferior a 2 semanas.



As causas mais frequentes são: **embolia, trombose, aneurisma arterial periférico, dissecção** e lesão arterial traumática.

Existem ainda outras causas como: **estados de baixo fluxo (ICC, hipovolemia e hipotensão arterial)**, fármacos vasopressores, oclusão venosa, síndrome compartimental, vasculite, doença arterial associada ao VIH e ergotismo (doença causada por toxinas produzidas por fungos presentes no centeio e outros cereais adquirida no momento do consumo).



A IAM é uma emergência e deve ser reconhecida rapidamente.

O diagnóstico e a revascularização atempada (primeiras 4 a 6 horas) reduzem o risco de perda de membro e de morte.

O conceito de **vigilância** é a **essência do cuidado em enfermagem**. Florence Nightingale reconheceu a importância da vigilância em enfermagem, considerando que a **observação e a forma de observar são parte integrante das suas funções**.

Esta não se esgota na medição de parâmetros vitais ou análise de valores analíticos (Henneman et al., 2012) e como tal **é importante observar o doente como um todo**.

O **exame físico** integra a primeira fase do Processo de Enfermagem. **Avalia sinais e sintomas**, identificando alterações físicas que possam sugerir complicações.