



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

EVIDÊNCIA E QUALIDADE NA EXCELÊNCIA DO CUIDADO ESPECIALIZADO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Ana Rita Cardoso Maurício

Lisboa-2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

EVIDÊNCIA E QUALIDADE NA EXCELÊNCIA DO CUIDADO ESPECIALIZADO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Ana Rita Cardoso Maurício

Sob orientação de Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa - 2017

AGRADECIMENTOS

À Professora Isabel Rabiais

...pela disponibilidade, sabedoria, partilha, espírito amigo e encorajador, genuinidade, durante este percurso de estágio. Obrigado por ter estado sempre presente.

Às Enfermeiras Orientadoras

...que com a sua postura de facilitadores e motivadores da aprendizagem, me permitiram crescer enquanto enfermeira e pessoa, muito obrigado.

Aos meus Pais e Irmãos

...pela paciência, pela disponibilidade para ouvir e estar presente, pelo carinho, pela motivação e coragem transmitidas em fases menos positivas. Obrigado por contribuírem para o meu ser.

Aos meus Grandes e Verdadeiros Amigos (as)

...pelo apoio e ajuda, pela amizade, pela falta de disponibilidade e atenção, pela compreensão nos momentos menos fáceis.

A Todos

...que de alguma forma, contribuíram para o alcançar deste grande objetivo.

E a Mim

...pela persistência e coragem, para chegar a este momento de meta.

RESUMO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular **Relatório de Estágio**, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tem como principal objetivo descrever o percurso realizado, através da reflexão crítica dos objetivos gerais e específicos traçados, bem como dar visibilidade às atividades desenvolvidas, relatando as situações/problemas encontrados, referindo as estratégias sugeridas para a sua resolução, culminando na descrição das competências adquiridas a nível da Unidade Curricular de Estágio que se encontra subdividida em três módulos: Módulo I- Serviço de Urgência, Módulo II- Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III- Opcional.

Iniciei os estágios pelo **Módulo II**, que diz respeito à Unidade de Cuidados Intensivos, de um Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo. De frisar que durante este estágio foi desenvolvido um estudo que consiste com uma revisão sistemática de literatura, com o objetivo de identificar intervenções de enfermagem que previnem o aparecimento de úlceras por pressão da face, na pessoa submetida a ventilação não invasiva, o qual permitiu desenvolvimento de conhecimentos que promovem uma prática de enfermagem avançada. Posteriormente realizei estágio referente ao **Módulo III**, que diz respeito ao módulo opcional, realizado no âmbito da Enfermagem Perioperatória, no Bloco Operatório de um Hospital Central de Lisboa, no qual desenvolvi uma segunda revisão sistemática de literatura, com o objetivo de identificar intervenções de enfermagem que previnem as lesões por pressão do Intraoperatório, igualmente com a missão de desenvolver e partilhar conhecimentos que elevem os cuidados de enfermagem prestados a um nível de excelência. Por último foi realizado o estágio relativo ao **Módulo I**, que diz respeito ao Serviço de Urgência de um Hospital do Médio Tejo, no qual foi reestruturada organização e funcionalidade de parte dos componentes da sala de emergência, com o objetivo de promover um ambiente seguro e consequente melhoria da qualidade de cuidados prestados.

Durante este percurso de formação continuamente competências foram adquiridas, com o objetivo de contribuir para o progresso da profissão, sustentado num estudo de evidência, com contribuição benéfica no desenvolvimento dos saberes teóricos e na prática. Através da análise reflete-se um crescimento pessoal e profissional, com o desenvolvimento de conhecimento teórico e prático que elevou os cuidados para um nível de excelência, onde a qualidade e a evidência científica assumiu o lugar de relevo na aquisição do cuidar especializado.

Palavras-Chave: cliente crítico, prevenção de lesões, cuidados de enfermagem, qualidade de cuidados, evidência.

ABSTRAT

This report is part of the Curricular Unit Internship Report of the 10th Master's Degree Program in Nursing of a Professional Nature in the Specialization Area in Medical-Surgical Nursing, of the Health Sciences Institute of the Portuguese Catholic University. Its main objective is to describe the course, through the critical reflection of the general and specific objectives outlined, as well as to give visibility to the activities developed, reporting the situations / problems encountered, referring to the suggested strategies for its resolution, culminating in the description of acquired competences At the level of the Internship Course that is subdivided into three modules: Module I - Emergency Service, Module II - Intensive Care Unit and Module III - Optional.

I began the internship through **Module II**, which concerns the Intensive Care Unit of a Central Hospital in Lisbon and Vale do Tejo. It's important to be aware that during this internship a study was developed consisting of a systematic review of the literature, with the goal to identify nursing interventions that prevent the appearance of face pressure ulcers in the person undergoing noninvasive ventilation, which allowed the development Knowledge that promote an advanced nursing practice. Subsequently, I completed an internship related to **Module III**, which concerns the optional module, performed in the perioperative Nursing area, in the operating room of a Central Hospital of Lisbon, in which I developed a second systematic literature review, aiming to identify nursing interventions which prevent intraoperative pressure injuries, also with the mission of developing and sharing knowledge that elevate nursing care provided to a level of excellence. Finally, the stage related to **Module I**, which concerns the Emergency Department of a Hospital in Medio Tejo, was reorganized, in which the organization and functionality of part of the emergency room components was reorganized, with the objective of promoting a safe environment and consequent improvement of the quality of care provided.

During this course of training, competences were continuously acquired with the aim of contributing to the progress of the profession, based on a study of evidence, with a beneficial contribution to the development of theoretical knowledge and practice. The analysis reflects a personal and professional growth, with the development of theoretical and practical knowledge that elevated the care to a level of excellence, where the quality and scientific evidence has taken center stage in the acquisition of specialized care.

Key Words: critical patient, injury prevention, nursing care, quality of care, evidence.

| ÍNDICE | Pág. |
|--|-------------|
| 1.INTRODUÇÃO | 13 |
| 2.REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA | 17 |
| 3.ANÁLISE CRÍTICA E REFELXIVA | 35 |
| 3.1.MÓDULO I-SERVIÇO DE URGÊNCIA | 35 |
| 3.1.1 CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO | 35 |
| 3.1.2 ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA | 36 |
| 3.2.MÓDULO II-UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS | 43 |
| 3.2.1 CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO | 43 |
| 3.2.2 ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA | 44 |
| 3.3.MÓDULO III-OPCIONAL | 52 |
| 3.3.1 CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO- BLOCO OPERATÓRIO | 52 |
| 3.3.2 ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA | 52 |
| 4.CONCLUSÃO | 63 |
| 5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 65 |
| APÊNDICES | 71 |
| Apêndice I- Poster de Revisão Sistemática de Literatura: Prevenção de Lesão por Pressão do Intraoperatório: Uma Prática de Enfermagem Avançada | 73 |
| Apêndice II- Instrução de Trabalho da Sala de Emergência: Kits de Procedimentos Específicos | 77 |
| Apêndice III- Revisão Sistemática de Literatura: Prevenção de Úlcera por Pressão da Face, na Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva: Uma Prática de Enfermagem Avançada | 85 |
| Apêndice IV- Poster de Revisão Sistemática de Literatura: Prevenção de Úlcera por Pressão da Face, na Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva: Uma Prática de Enfermagem Avançada | 103 |

Apêndice V- Instrução de Trabalho do Bloco Operatório: Carro de Anestesia 107
Pediátrico

ANEXOS 115

Anexo I- Declaração de realização e apresentação de Poster no IV Encontro dos 117
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Anexo II- Declaração de realização e apresentação de Poster nas VII Jornadas 121
Nacionais de Enfermagem Intensiva

ÍNDICE DE QUADROS

Pág:

| | |
|--|----|
| Quadro 1: Descrição dos estudos selecionados e principais resultados de investigação | 21 |
|--|----|

1.INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica é aquela em que a vida está ameaçada por falência de uma ou várias funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Por isso requer tratamentos de elevada complexidade, exigindo aos enfermeiros uma grande especificidade e diferenciação na prestação de cuidados. O enfermeiro especialista é o profissional detentor de conhecimentos e capacidades num domínio específico da profissão de enfermagem que demonstra níveis elevados de julgamento e tomada de decisão que se traduzem num conjunto de competências clínicas especializadas relativas ao campo de intervenção da sua especialidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento n.º 124/2011).

A prática profissional em contexto clínico assume um papel preponderante na globalidade da formação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, alicerçada numa sólida relação teórico-prática e na conseqüente aplicabilidade na prestação de cuidados diferenciados ao cliente em estado crítico, assim como no desenvolvimento de um espírito crítico-reflexivo que implique a aquisição, mobilização e atualização de conhecimentos que conduzem à interpretação, compreensão, adaptação e resolução de novas situações. Sendo com base neste aperfeiçoamento contínuo e continuado, pois “... aprendizagem deve ser concebida como um percurso e não um ponto de chegada, é um processo contínuo ancorado na experiência”, como referem Gomes et al, (2010, p.53), que se preconiza a satisfação das necessidades inerentes à pessoa e família ao longo deste percurso de estágio.

A aquisição de competências pressupõe um conjunto de conhecimentos e processos que conduzem à interpretação, compreensão e resolução de problemas, proporciona o desenvolvimento de capacidades de pensamento e atitudes crítico-reflexivas favoráveis à aprendizagem, e tal como refere Simões (2008, p.219) “a competência não reside nos recursos (conhecimentos, capacidades...) a serem mobilizados, mas na própria mobilização desses recursos. A competência é o saber mobilizar (...) não se refere à simples aplicação, mas à construção.”

Avaliar é como aprender, um processo contínuo, sistemático e integral ao próprio desenvolvimento. A avaliação ganha um sentido acrescido e utilitário a partir do momento em que é percebida como um processo de aprendizagem e de aquisição contínua de conhecimentos. Segundo Leite et al. (1991, p. 76) “A avaliação que foi feita ao longo do percurso tem no final do projeto um papel especial. Ela é globalizante – avaliação do produto final – e vai desencadear a consciencialização de novas questões surgidas, de novos problemas, mostrando assim que o processo é aberto, crescente, imparável”. Aprender a pensar assume em muitos contextos da atualidade um carácter primordial, com objetivo educacional. Em enfermagem verifica-se um interesse ampliado na exploração dos caminhos da aprendizagem profissional, nomeadamente através da reflexão como instrumento de aprendizagem. A necessidade bem reconhecida de integrar a teoria e a prática sugere a reflexão na ação e sobre a ação, como instrumento facilitador de uma aprendizagem integradora.

A diversidade de patologias que acometem ao cliente em situação crítica, associadas à necessidade de atuação imediata, elevam o grau de complexidade e os níveis de stress impostos aos profissionais de saúde que atuam nesta área de emergência, uma vez que a abordagem de enfermagem ao cliente crítico exige um nível de conhecimentos e competências específicas que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica possui. Este, através da prestação de cuidados qualificados e de forma contínua, dá resposta às necessidades afetadas, tendo como objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, e como finalidade a recuperação total do cliente (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim, a abordagem de enfermagem à pessoa em situação crítica exige competências específicas e uma formação estruturada e organizada, permitindo o planeamento das práticas de trabalho e maximizando a eficácia e a eficiência da atuação (Silva & Lage, 2010), prevendo que o Enfermeiro Especialista seja um profissional reflexivo e capaz de mobilizar todo um manancial de conhecimentos, alicerçado nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística e com elevado nível de qualidade.

Dada a importância do desenvolvimento de competências de acordo com o plano de estudos da Universidade Católica Portuguesa torna-se essencial o delinear de objetivos e atividades que permitam o desenvolvimento das referidas competências. O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, que tem como objetivo principal retratar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o percurso de estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que está

dividida em três Módulos: Módulo I-Serviço de Urgência, Módulo II- Cuidados Intensivos e Módulo III- Opcional, cada um constituído por um total de 180 horas e 10 *European Credit Transfer System*, os quais foram desenvolvidos e integrados:

- Módulo II – Unidades de Cuidados Intensivos de um Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo entre 26 de abril e 17 de junho de 2016. A escolha pela referida unidade está relacionada com o fato de considerar uma unidade com recursos necessários ao desenvolvimento de competências especializadas a vários níveis da prestação de cuidados ao cliente crítico e sua família, assim como ser uma unidade creditada pela *Joint Commission International* que visa a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de saúde;

- Módulo III – Bloco Operatório de um Hospital Central de Lisboa entre 1 de setembro e 26 de outubro de 2016. Selecionado este local de estágio pelo fato de considerar uma unidade com recursos necessários ao desenvolvimento de competências especializadas a vários níveis da prestação de cuidados ao cliente crítico e sua família, e por ser detentora de uma realidade e dinâmica e estrutura orgânico-funcional diferente da contactada diariamente na minha prestação de cuidados;

-Módulo I- Serviço de Urgência de um hospital do Médio Tejo, entre o período de 27 de outubro e 21 de dezembro de 2016. A escolha por este serviço de urgência está relacionada com o fato de ser uma urgência médico-cirúrgica, onde alguns dos clientes em situação crítica são encaminhados deste serviço, para o serviço onde exerço a minha atividade profissional, acreditando ser então uma mais valia perceber e atuar nesta dimensão de “pré”. Ainda considero ser uma unidade dotada de recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento de competências especializadas a vários níveis da prestação de cuidados ao cliente em situação crítica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009, p.9) o termo *Cliente* designa a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem, isto é o “sujeito ao qual um diagnóstico se refere e que é receptor de uma intervenção”. Deste modo será então utilizado o referido termo ao longo do presente relatório, no entanto no que respeita a citações de autores mencionados no trabalho, outras denominações podem surgir.

No que concerne à redação do relatório, foi seguida a metodologia proposta pela escola através do documento *Guia para a Elaboração do Relatório do Estágio*, encontrando-se então organizado e dividido em partes essenciais: o primeiro ponto é dedicado à Revisão Sistemática de Literatura, cujo tema é: “Prevenção da Lesão por Pressão do Intraoperatório: Uma Prática de Enfermagem Avançada, o segundo ponto relata a descrição e análise das atividades desenvolvidas e competências adquiridas durante os três períodos de estágio, o terceiro ponto refere-se à reflexão e considerações finais e no quarto são apresentadas as referências bibliográficas, segundo a norma da *American Psychological Association* e por último os apêndices e anexos.

2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O problema que se encontra na gênese desta revisão surgiu após observação e reflexão sobre a prática de posicionamento cirúrgico ao nível de contexto de estágio e paralelismo com o contexto de prática profissional, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa no perioperatório, especificamente no otimizar a atenção da equipa de enfermagem no que respeita à prevenção de lesões por pressão do período intraoperatório. Deste modo, foi realizada uma revisão da literatura intitulada: “Prevenção de Lesões por Pressão do Intraoperatório: Uma Prática de Enfermagem Avançada” e apresentada em formato de poster (Apêndice I) no IV Encontro de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica (Anexo I), com o propósito de adquirir e aprofundar conhecimentos, que enquanto enfermeiros, nos permitam atuar adequadamente, perante esta dimensão.

A prática baseada em evidências é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. O termo baseado em evidência implica o uso de resultados de pesquisas como base para a tomada de decisão sobre os cuidados de saúde. Em enfermagem, a prática baseada na evidência contribui para a mudança da prática sustentada em tradição, rituais e tarefas para uma prática reflexiva baseada em conhecimento científico promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa e família (Galvão & Sawada, 2003).

RESUMO

Lesões por pressão são descritas como uma das mais dispendiosas e fisicamente debilitantes complicações do século XX (Ling et al., 2014). Lesões por pressão decorrentes do intraoperatório não são incomuns, representando até 45% desta tipologia de lesões (Black, Fawcett & Scott, 2014). A literatura assume o seu aparecimento, como um risco para os clientes submetidos a cirurgia com consequências negativas quer para o cliente quer para a instituição, sendo classificadas como um evento adverso dos cuidados de saúde, pelo que a sua prevenção constitui uma oportunidade para melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem. **Objetivos:** Identificar os cuidados de enfermagem, na prevenção de lesões por pressão em ambiente cirúrgico. **Metodologia:** Realizou-se um estudo que consistiu numa revisão sistemática da literatura, tendo sido selecionados onze artigos.

Resultados: A etiologia das lesões por pressão no intraoperatório é multifatorial, pelo que as medidas preventivas assentam em dois pilares fundamentais: identificação dos indivíduos com risco de desenvolvimento destas lesões e implementação de intervenções de enfermagem preventivas.

Conclusão: A prevenção destas lesões começa antes da cirurgia, continua no bloco e é imperativo manter durante a recuperação cirúrgica e anestésica, sendo essencial uma continuidade de cuidados. Apesar de atualmente ter-se vindo a observar com maior atenção a temática, continua a rever-se como uma problemática, pelo que se torna fundamental educar os profissionais de saúde sobre a importância da avaliação de risco e as práticas de posicionamento seguro, assim como consciencializar para a importância deste foco de atenção na dimensão da melhoria da qualidade de cuidados.

Palavras-chave: prevenção; lesão por pressão, intraoperatório, intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Pressure injuries are described as one of the most costly and physically debilitating complications of the twentieth century (Ling et al., 2014). Intraoperative pressure injuries are not uncommon, accounting for up to 45% of this lesion typology (Black, Fawcett & Scott, 2014). The literature assumes its appearance as a risk for patients undergoing surgery, with negative consequences for both the patient and the institution, and are classified as an adverse event of health care, and their prevention constitutes an opportunity to improve the quality of nursing care.

Objectives: To identify nursing care in the prevention of lesions by pressure in the surgical environment. **Methodology:** A systematic review of the literature was carried out, eleven articles were selected. **Results:** The intraoperative pressure injury etiology is multifactorial. Therefore, preventive measures are based on two fundamental pillars: identification of individuals at risk of developing these lesions and implementation of preventive nursing interventions. **Conclusion:** The prevention of these lesions begins before surgery, remains in the operating room and it is imperative to maintain during surgical and anesthetic recovery, being a continuity of care essential. Although the subject has been more closely observed today, it continues to be seen as a problem, so it is fundamental to educate health professionals about the importance of risk assessment and safe placement practices, as well as awareness of the importance of the issue in the dimension of improving the quality of care.

Keywords: prevention; pressure injury, intraoperative, nursing interventions.

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde destinam-se a beneficiar os clientes, no entanto, existe o risco inerente de ocorrência de erros, eventos adversos e complicações, devido à complexidade dos processos, das tecnologias e dos fatores humanos, que a prestação de cuidados envolve (International Council of Nurses, 2006; Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP), 2006). Da mesma forma, o ambiente do bloco operatório, as diferentes técnicas e os inúmeros dispositivos médicos utilizados, implicam riscos potenciais, quer para os profissionais, quer para os clientes (AESOP, 2006). Os acidentes e a ocorrência de eventos adversos consequentes do procedimento anestésico-cirúrgico são uma realidade nas instituições de saúde e estão relacionados com a complexidade da gestão dos meios que interferem no circuito quer sejam organizacionais, profissionais ou da própria doença da pessoa. Fragata (2011, p.5) refere que “em cada cem internamentos hospitalares ocorrem em média, dez eventos adversos. Destes, a maioria não tem consequências, mas cerca de 35% apresentam consequências e estas serão muito graves em 5% dos casos”. Segundo a Direção Geral de Saúde, Departamento da Qualidade (2016) “diversos estudos internacionais são unânimes em demonstrar que aproximadamente 10% dos clientes que recorrem ao hospital sofrem um evento adverso como consequência dos cuidados prestados”. A Organização Mundial da Saúde revela mesmo que, pelo menos, metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorre durante o ato cirúrgico. Estimando, ainda, que 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis. (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, 2015).

A problemática das lesões por pressão vem de tempos muito remotos, onde a inevitabilidade destas lesões raramente era questionada e só após a 1ª Guerra Mundial se desperta verdadeiramente para esta situação. O processo de estudo, mudança de comportamentos e pensamentos foi longo e penoso, pelo que os avanços em relação à prevenção destas lesões chegam bastantes anos mais tarde. Nos dias de hoje, e com a existência de grupos de trabalho dedicados exclusivamente à sua prevenção e tratamento, começa-se a encarar a existência de lesões deste tipo com mais tranquilidade, mas mesmo assim a tendência e incidência continua muito presente (Morison, 2004). A Direção Geral de Saúde (2011) declara mesmo que lesões por pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Para Galvin & Curley, (2012, p. 261), as lesões por pressão no contexto perioperatório, são “uma complicação pós-operatória significativa e dispendiosa, aumentando o tempo de internamento, a morbilidade da pessoa, as taxas de readmissão e custos dos cuidados de saúde”. Assim o indicador lesões por pressão é um indício

importante que traduz diretamente a qualidade e a segurança resultante do nível de cuidados prestados (Fragata, 2011).

A segurança da pessoa é uma questão central na saúde a nível internacional e um foco de atenção da Organização Mundial de Saúde, que reconheceu a necessidade de tornar a segurança das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde um princípio fundamental em todos os sistemas. Também a Ordem dos Enfermeiros a 2 de Maio de 2006, emitiu a Tomada de Posição sobre a Segurança da pessoa, onde salienta que o profissional deverá manter o cumprimento das regras técnico-profissionais, éticas e deontológicas, não se esquecendo de identificar riscos e implementar medidas para a sua evicção ou controlo, evidenciando ainda a necessidade da construção de um ambiente seguro. No Bloco Operatório, mais do que em qualquer outra unidade, a segurança da pessoa é uma prioridade e o enfermeiro tem um papel fundamental na gestão e prevenção dos riscos, pois gere os riscos ligados à sua atividade e ao ambiente cirúrgico, organiza e coordena os seus cuidados, planeia as atividades do bloco operatório e participa na elaboração, aplicação e controlo de protocolos, pois tem conhecimentos e competências para o fazer (Bedouch, 2007). Ideia partilhada pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade, pois a segurança é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

A revisão sistemática da literatura é um recurso da prática baseada na evidência, que possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, é um método que preconiza a utilização de resultados de pesquisas para a tomada de decisão do enfermeiro na sua prática diária (Miranda, Amanda, Mariane, & Lopes, 2016). Para a elaboração da mesma foram percorridas seis etapas. A primeira consistiu na formulação da pergunta norteadora, com base na metodologia PICO (acrónimo para cliente, intervenção, comparação e “outcomes”): Quais as intervenções de enfermagem preventivas de lesão por pressão do intraoperatório? Na segunda etapa foi realizada pesquisa no EBSCO, através das bases de dados CINAHL e MEDLINE, a 16 de Outubro de 2016, utilizando os descritores: “perioperative nursing” AND “patient positioning” AND “pressure ulcer” AND “prevention” AND “perioperative injury”. Os critérios de inclusão foram artigos publicados em inglês, com texto e resumo disponível, no período de 2009 a 2016 e os critérios de exclusão artigos que não eram compatíveis com o objetivo desta revisão sistemática e os duplicados. Na terceira fase, ocorreu a extração de informações dos artigos a serem incluídos na revisão e a elaboração de um banco de dados com as informações pertinentes. Na quarta e quinta etapa, foram

avaliados os artigos e os tópicos que emergiram da leitura. Por último foi completada a análise dos artigos selecionados.

RESULTADOS

Como descrito no parágrafo acima, entre a terceira e quinta fase foram selecionados 11 artigos e posteriormente os principais resultados para a temática em estudo. Tudo parte de um processo organizado e metuculoso e sintético, apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos estudos selecionados e principais resultados de investigação

| Estudo | Autor(es)/Ano | Principais resultados |
|---|---|--|
| E1: The occurrence of pressure sores in the intra-operative period in post-operative course | Bagnulo, S.; Accardi, R.; Bonalmi, S.; Consonni, D.; Laquintana, D. / (2015). | -O aparecimento de lesões por pressão no intraoperatório é um risco para os clientes submetidos a cirurgia, continuando a ser um problema grave e uma oportunidade para melhorar os resultados dos cuidados de enfermagem. -a maioria das lesões nas primeiras 24 horas de pós-operatório tinham regredido, com recurso à mobilização regrada dos clientes e aplicação de pensos/placas hidrocolóides para tratamento e prevenção de lesões, fator importante para a prestação de cuidados de enfermagem. |
| E2: Ten top tips: preventing pressure ulcers in the surgical patient | Black, J.; Fawcett, D.; Scott, S. / (2014). | -Preconiza que avaliação da pele deve ser realizada antes da cirurgia, enquanto é possível ao cliente manifestar qualquer sintoma ou dor. Avaliações de pele suscetíveis de lesão por pressão, áreas de alto risco, como casos de lesões por pressão previamente cicatrizadas, devem ser comunicadas aos enfermeiros do intraoperatório. -a avaliação do risco de desenvolvimento de lesões de pressão antes da cirurgia, é um primeiro passo importante, para planear e implementar intervenções preventivas a serem colocadas em prática para reduzir a incidência destas lesões. -o posicionamento do cliente na unidade de cuidados pós-anestésicos deve ser diferente do que foi utilizado durante a cirurgia, se possível e caso o mesmo permaneça por um longo período nesta unidade, alternar decúbitos de 2 em 2 horas. |
| E3: A longitudinal study of the incidence of pressure sores and the associated risks and strategies adopted in Italian operating theatres | Bulfone; G., Marzollil, I.; Wuatrin, R., Fabbro, C., Palese, A. / (2012) | - A prevenção e gestão de risco face à lesão por pressão é, fundamentalmente da responsabilidade do enfermeiro. -as superfícies de alívio de pressão devem possuir características específicas, como a capacidade de diminuir a pressão sobre o corpo em locais de alto risco, obter um bom microclima para a pele e ser fácil de usar, sendo que o seu melhor compromisso é minimizar a pressão de interface. -as lesões por pressão sem manifestação de dor podem permanecer desconhecidas, se os enfermeiros não avaliarem com precisão e continuamente a integridade da pele. |
| E4: Identification of pre-operative and intra-operative | Connor, T.; Sledge, J.A.; Bryant-Wiersema, | -A utilização de forma adequada de um dispositivo de alívio de pressão tem uma resposta positiva na redução da incidência de lesões por pressão. |

| | | |
|---|--|--|
| variables predictive of pressure ulcer development in patients undergoing urologic surgical procedures | L.; Stamm, L.; Potter, P. / (2010) | <p>-a hipotensão contribui para formação de lesões por pressão, sendo particularmente verdadeiro quando a pressão diastólica é menor que 60 mmHg, pelo que prevenir esta situação é fundamental.</p> <p>-as intervenções da equipa de enfermagem do pós-operatório, são impeditivas de progressão das referidas lesões.</p> |
| E5: Incidence and predicted risk factors of pressure ulcers in surgical patients: experience at a medical center in Taipei, Taiwan. | Ling; S., Pao-Chu; L., Jung-Fen; K., Huei-Yu; T., Tao-Hsin; S. / (2014) | <p>-As lesões por pressão apresentam resultados negativos para o cliente após cirurgia, incluindo dor, sofrimento, aumento do tempo de internamento, desfiguração ou cicatrizes, tratamento adicional, entre os quais o recurso a cirurgia, aumento da morbidade e mortalidade, assim como aumento dos custos.</p> <p>-os clientes no pós-operatório permaneceram rotineiramente na sala de recuperação pós-anestésica por pelo menos duas horas sem se mover e alternar de posição, fator que pode agravar o eritema não branqueável, pelo que intervenções preventivas devem ser realizadas precocemente.</p> <p>-para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente cirúrgico, é necessário que os profissionais de saúde adquiram conhecimentos nesta área.</p> |
| E6: Retrospective review of predisposing factors for intraoperative pressure ulcer development | Lumbley, J. L., Ali, S. A., Tchokouani, L. S. / (2014) | <p>-As complicações decorrentes do desenvolvimento de lesões por pressão estão entre 16% e 46%, com problemas como sépsis, osteomielite, má cicatrização de feridas e aumento da probabilidade de morte.</p> <p>-o posicionamento cirúrgico e o tempo de cirurgia são considerados fatores críticos para o desenvolvimento de lesões por pressão.</p> <p>-o cliente em risco de desenvolver lesões por pressão deve ser reposicionado a cada três horas durante a cirurgia, quando possível.</p> <p>-a avaliação da integridade da pele do cliente deve ser realizada na admissão, no bloco operatório e pós-operatório até ao momento de alta, pelo que a vigilância e monitorização dos locais sujeitos a pressão no intraoperatório é imperativa.</p> |
| E7: Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures | Primiano, M.; Friend, M.; McClure, C.; Nardi, S.; Fix, L.; Schafer, M.; Savochka, K.; McNett, M. / (2011). | <p>-A avaliação cutânea na admissão do cliente na unidade de internamento constitui-se uma base para todas as avaliações subsequentes.</p> <p>-o tempo de cirurgia, posicionamento, dispositivos de posicionamento, dispositivos de aquecimento, agentes anestésicos, sedação, medicamentos vasoativos, instrumentação (exemplo, afastadores), tipo de cirurgia, e hemodinâmica intra-operatória (ou seja, uma pressão diastólica abaixo de 60 mmHg), são considerados fatores de risco para o desenvolvimento destas lesões.</p> <p>-as superfícies de almofadas de gel ou almofadas de espuma termoativa têm claramente reduzido a probabilidade de lesão por pressão em comparação com o colchão padrão da marquesa operatória.</p> <p>-existe a necessidade para uma educação continuada dos enfermeiros, sobre esta temática.</p> |
| E8: Progress and Challenges in Perioperative | Scoot, S. / (2015). | <p>-As lesões por pressão são vistas como um efeito adverso dos cuidados de saúde, mas o problema persiste.</p> |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| <p>Pressure Ulcer Prevention</p> | | <p>-a lesão por pressão é definida como qualquer lesão tecidual relacionada com pressão exercida sobre a pele, isto é, eritema não-púrpura, descoloração roxa ou bolhas, associada à posição cirúrgica que surge dentro de 48 a 72 horas no pós-operatório.</p> <p>-o procedimento cirúrgico é atualmente reconhecido como um fator de risco legítimo para o desenvolvimento de lesões por pressão, no entanto quando as medidas preventivas são implementadas a prevalência diminui.</p> <p>-é primordial assegurar a existência de almofadas, superfícies e dispositivos de alta especificação em todas as salas operatórias, camas/macacões antes e depois da cirurgia.</p> <p>-a avaliação da pele no pós-operatório imediato, deve ser realizada para identificar quaisquer alterações cutâneas, em comparação com a avaliação cutânea pré-operatória. Não existindo sinais visíveis de lesões, continua a ser importante para o enfermeiro perioperatório reportar a avaliação da pele à equipa que assume os cuidados pós-operatórios para que eles possam ser diligentes na identificação de lesões nesta fase e na implementação de cuidados preventivos.</p> |
| <p>E9: Perioperative Pressure Injuries: Protocols and Evidence-Based Programs for Reducing Risk.</p> | <p>Scott, S. / (2016).</p> | <p>-Para reduzir a incidência destas lesões, é necessário educar e consciencializar os profissionais, assim como melhorar a comunicação entre eles.</p> <p>-o facto das lesões por pressão desenvolvidas no intraoperatório muitas vezes não aparecem até horas ou dias após a cirurgia, promove que muitos membros da equipa cirúrgica não valorizem esta temática e sua prevenção.</p> <p>-a escala Scott Triggers Tool identifica os clientes de alto risco no pré-operatório avaliando quatro preditores baseados em evidências de lesão por pressão perioperatória: idade, albumina sérica ou índice de massa corporal, pontuação da classificação do estado físico, classificação <i>American Society of Anesthesiologist</i> e tempo estimado de cirurgia, levando os prestadores de cuidados a implementar intervenções adicionais para reduzir o risco do cliente.</p> <p>-foi definido um conjunto de intervenções baseadas em evidências para ajudar a padronizar os cuidados e reduzir as complicações decorrentes do intraoperatório.</p> |
| <p>E10: Back to Basics: Preventing Perioperative Pressure Injuries.</p> | <p>Spruce, L. / (2016).</p> | <p>-Duas escalas foram especificamente desenvolvidas para clientes perioperatórios, a escala de Munro de avaliação do risco de lesão por pressão para clientes perioperatórios e Scott Triggers, projetada para identificar riscos específicos destes clientes.</p> <p>-independentemente da posição do cliente, as proeminências ósseas e as áreas de alto risco devem ser protegidas.</p> <p>-lençóis e cobertores não devem ser usados para posicionar os clientes porque diminuem a eficácia das superfícies de alívio e podem causar pressão adicional, assim como os profissionais perioperatórios deve garantir que os lençóis sob o cliente não estão enrugados e que o cliente está livre de qualquer fluido ou humidade que possa ter sido introduzido durante o processo de preparação da pele ou de outras fontes.</p> |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| | | -um elemento essencial para atuar quando existe risco de lesão por pressão, prevenir lesões por pressão é o conhecimento que os enfermeiros perioperatórios devem integrar. |
| E11: Prevention of pressure ulcers in the surgical patient | Walton-Geer P. S. / (2009). | <p>-Os fatores de risco surgem nos três períodos do perioperatório. Sendo relevantes no pré-operatório, a idade, comorbilidades e estado nutricional, os fatores intra-operatórios, incluem tempo de cirurgia, hipotermia, perda de sangue, hipotensão, tipo de anestesia, uso de dispositivos e posição cirúrgica. Os fatores pós-operatórios contemplam a recuperação do cliente em relação à mobilização, nutrição, estado respiratório, estado da pele e sua humidade, controle da dor, redistribuição da pressão e estado hemodinâmico.</p> <p>-o reposicionamento de um cliente cirúrgico é raramente possível no intra-operatório, no entanto estruturas como os calcanhares, braços e cabeça, são passíveis desta intervenção.</p> <p>-a monitorização e manutenção da integridade da pele são componentes essenciais para definir o estado de saúde do cliente e avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem.</p> <p>-é imperativo que os enfermeiros sejam proficientes na avaliação do risco e na prestação cuidados ao nível da prevenção, só assim é possível incutir nos enfermeiros perioperatórios o dever de elaborar diretrizes, protocolos de enfermagem e planos individualizados de intervenção.</p> |

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De frisar em primeiro lugar que os doze estudos analisados sobre esta temática demonstraram-se bastante consensuais relativamente à problemática do desenvolvimento de lesões por pressão do intra-operatório, sua incidência, suas consequências, assim como ao nível das intervenções preventivas, como é possível verificar ao longo da discussão dos resultados, assim como a nível do poster (Apêndice I).

Após a análise é possível reconhecer que as lesões por pressão continuam a ter um impacto negativo na qualidade de vida dos clientes e nos custos de cuidados de saúde, resultando em prolongamento da duração de internamento, reabilitação e complicações graves (Baumgarten et al., 2010). Estudos recentes têm relatado que, complicações decorrentes do desenvolvimento de lesões por pressão estão entre 16% e 46%, com problemas como sépsis, osteomielite, má cicatrização de feridas e aumento da probabilidade de morte segundo o estudo E6, levando a que o número de internamentos hospitalares aumente em 80% (E5). Segundo o mesmo estudo, as lesões por pressão são denominadas como uma das mais caras e fisicamente debilitantes complicações do século XX. Pressuposto completado por Baumgarten et al. (2010), ao afirmarem que as lesões por pressão são classificadas como complicações evitáveis de Cuidados de Saúde, especificando Bulfone, Marzolil, Wuattrin, Fabbro & Palese no estudo E3, que as lesões por pressão são consideradas e estão

associados principalmente a Cuidados de Enfermagem pouco seguros. O estudo E8 corrobora a ideia ao descrever que as lesões por pressão são vistas como um efeito adverso dos cuidados de saúde, mas o problema persiste. O mesmo estudo cita que a evidência baseada em pesquisas internacionais atuais está disponível para consulta por parte dos profissionais de saúde, contudo, estudos apresentam que a prevenção de lesões por pressão contínua ausente, ao que o estudo E9 declara, que para reduzir a incidência destas lesões, é necessário educar e consciencializar os profissionais, assim como melhorar a comunicação entre eles, existindo segundo Baumgarten et al. (2010) uma necessidade urgente de direcionar os prestadores de cuidados de saúde para a prevenção de lesões por pressão em clientes de risco.

De acordo com Walton (E11) as revisões de literatura revelam que as lesões por pressão são discutidas predominantemente em relação aos cuidados de longa duração, cuidados intensivos e cuidados de reabilitação, não tendo tanta relevância os cuidados agudos, incluindo o ambiente cirúrgico. Esta última premissa remete-nos então para uma classe de lesões por pressão específicas, as lesões por pressão atribuíveis ao intraoperatório, que segundo o estudo E2 não são incomuns; representando até 45% de todas as lesões desta tipologia. Comparativamente às lesões por pressão genéricas, também estas lesões de acordo com o estudo E5 manifestam resultados negativos para o cliente pós cirurgia, incluindo dor, sofrimento, tratamento adicional e cirurgia, estadias hospitalares mais longas, desfiguração ou cicatrizes, aumento da morbidade e mortalidade, assim como aumento dos custos. Bagnulo, Accardi, Bonalumi, Consoumi & Loquintana, no estudo E1 ainda vão mais longe ao confirmar que a literatura expõe que o aparecimento de lesões por pressão no intraoperatório é um risco para os clientes submetidos a cirurgia, continuando a ser um problema grave e uma oportunidade para melhorar os resultados dos cuidados de enfermagem.

Segundo Scott (E9), incluindo o tempo das preparações pré-operatórias, tempo de espera, tempo de cirurgia e o período de recuperação pós anestésico, mesmo uma cirurgia relativamente curta de duas horas pode significar seis ou mais horas de imobilidade para o cliente. Pelo referido e de acordo com o estudo E8 o procedimento cirúrgico é atualmente reconhecido como um fator de risco legítimo para o desenvolvimento de lesões por pressão, referindo que estudos revelam que quando as medidas preventivas são implementadas a prevalência diminui. Dado que as lesões por pressão desenvolvidas no intraoperatório muitas vezes não aparecerem até horas ou dias após a cirurgia, muitos membros da equipa cirúrgica não valorizam esta temática e sua prevenção, como afirma o estudo E3. No entanto segundo o mesmo estudo, na prevenção de riscos de lesões por pressão decorrentes do intraoperatório, vários elementos desempenham um papel importante: o cirurgião, com o posicionamento e tempo de cirurgia; o anestesista, com o tipo de anestesia e o

enfermeiro com as restantes intervenções publicadas ao longo desta discussão, o qual se reveste do papel primordial nesta dimensão dos cuidados.

O estudo E11 utiliza as práticas recomendadas para o posicionamento do cliente no cenário perioperatório da *Association of periOperative Registered Nurses*, para afirmar que a lesão por pressão adquirida no intraoperatório geralmente desenvolve-se no músculo de uma proeminência óssea e tem uma coloração púrpura, o mesmo refere que esta lesão pode assemelhar-se e é muitas vezes documentada como uma queimadura. Por sua vez Scott no estudo E8, define lesão por pressão como qualquer lesão tecidual relacionada à pressão, isto é, eritema não-púrpura, descoloração roxa ou bolhas, associada à posição cirúrgica que surge dentro de 48 a 72 horas no pós-operatório. Relativamente à longevidade temporal, o estudo E3 também declara que a progressão destas lesões é incomum, pois começam inicialmente no músculo e tecido subcutâneo e somente mais tarde na derme e pele, por esta razão podem aparecer imediatamente, dentro de 72 horas após a cirurgia, ou até ao sétimo dia de pós-operatório. Segundo o estudo E5, o eritema não branqueável é o primeiro sinal clínico de desenvolvimento de lesão por pressão, especialmente sobre uma proeminência óssea após a cirurgia, este eritema não branqueável pode piorar para lesão por pressão de qualquer grau I ou II. Espera-se que a deteção precoce do mesmo proporcione cuidados ao nível preventivo. Nesta linha de pensamento, Bagnulo, Accardi, Bonalumi, Consoumi & Loquintana no estudo E1 revelam que a maioria das lesões que surgem são de grau I, mas também as lesões mais profundas estão presentes; comprovado através de um estudo realizado em 2013 sobre uma amostra de 2.695 indivíduos, onde 261 lesões estavam no grau II, 22 no III e 10 IV grau.

De acordo com Walton no estudo E11, o desenvolvimento de lesões por pressão não começa necessariamente no bloco operatório, uma vez que vários fatores que podem contribuir para a fragilidade do tecido surgem nos três períodos do perioperatório, referindo que os fatores pré-operatórios relevantes para o risco, incluem a idade, comorbilidades e estado nutricional, os fatores intra-operatórios, incluem tempo de cirurgia, hipotermia, perda de sangue, hipotensão, tipo de anestesia, uso de dispositivos e posição cirúrgica. Os fatores pós-operatórios contemplam a recuperação do cliente em relação à mobilização, nutrição, estado respiratório, estado da pele e sua humidade, controle da dor, redistribuição da pressão e estado hemodinâmico. Apesar de maioritariamente nos estudos analisados os fatores de risco serem unânimes, o estudo E9 afirma que mais de cem fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão estão descritos na literatura. Assim umas das primeiras intervenções do pré-operatório passa pela identificação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, especificando Lumbley, Ali & Tchokouani através do estudo E6 que esses fatores de risco estão associados a comorbilidades que comprometem a perfusão tecidual, incluindo diabetes, hipertensão e/ou problemas cardíacos inespecíficos, doença

respiratória, hábitos tabágicos, doença renal, doença pulmonar. O mesmo autor inclui ainda a idade, mau estado nutricional, índice de massa corporal anormalmente baixo ou elevado, níveis mais baixos de hematócrito e albumina. Por seu lado Black, Fawcett & Scott com o estudo E2 preconizam que avaliação da pele deve ser realizada antes da cirurgia, enquanto é possível ao cliente manifestar qualquer sintoma ou dor. Achados de pele anormal ou áreas de alto risco, como casos de lesões por pressão previamente cicatrizadas, devem ser comunicadas aos enfermeiros do intraoperatório. O estudo E7 recai a sua atenção também na avaliação cutânea na admissão do cliente na unidade de internamento, pois constitui-se uma base para todas as avaliações subsequentes. Documentar e informar qualquer tipo de alteração da pele nesta fase, assim como, se for o caso, de scores da escala de Braden é crucial para identificar quais os clientes com maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão durante o intra e pós-operatório, promovendo precocemente a implementação de estratégias de prevenção.

Os clientes permanecem imóveis durante a cirurgia e não conseguem verbalizar desconforto ou dor, dependendo dos enfermeiros do intraoperatório e membros da equipa cirúrgica para prevenirem estes sintomas, segundo referencia o estudo E10. Nesta fase, fatores de risco específicos do intraoperatório são associados, entre os quais Primiano et al. no estudo E7 elegem, o tempo de cirurgia, posicionamento, dispositivos de posicionamento, dispositivos de aquecimento, agentes anestésicos, sedação, medicamentos vasoativos, instrumentação (exemplo, afastadores), tipo de cirurgia, e hemodinâmica intra-operatória (ou seja, uma pressão diastólica abaixo de 60 mm Hg). Pelo que, segundo os estudos E2 e E5 avaliar o risco de desenvolvimento de lesões de pressão antes da cirurgia, é um primeiro passo importante, para planear e implementar intervenções preventivas a serem postas em prática para reduzir a incidência. Para tal identificação precoce, os estudos selecionados documentam a utilização de escalas, como é referido no estudo Baumgarten et al. (2010) ao especificarem que a escala de Braden é amplamente utilizada, avaliando a perceção, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. A pontuação máxima da escala de Braden é 23. Scores mais baixos indicam maior risco, prevendo a necessidade de medidas preventivas. Por outro lado, Spruce através do estudo E10 afirma que duas escalas foram especificamente desenvolvidas para clientes perioperatórios, a escala de Munro de avaliação do risco de lesão por pressão para clientes perioperatórios e Scott Triggers, projetada para identificar riscos específicos destes clientes. O mesmo estudo E10 pormenoriza cada uma destas escalas, sendo a de Munro utilizada para avaliar fatores pré-operatórios (exemplo, mobilidade, índice de massa corporal), intra-operatório (classificação *American Society of Anesthesiologist*, temperatura corporal) e pós-operatório (exemplo, duração da cirurgia, perda de sangue). Esta escala ajuda os enfermeiros a identificar os clientes que estão em alto, moderado ou baixo risco em cada fase, devendo ser

comunicada cada avaliação aos respectivos prestadores de cuidados, pois os níveis de risco podem mudar à medida que cliente percorre as diferentes fases, alterando conseqüentemente as necessidades de cuidados. O estudo E9 menciona a Scott Triggers Tool que identifica os clientes de alto risco no pré-operatório avaliando quatro preditores baseados em evidências de lesão por pressão perioperatória: idade, albumina sérica ou índice de massa corporal, pontuação da classificação do estado físico, classificação *American Society of Anesthesiologist*, e tempo estimado de cirurgia, levando os prestadores de cuidados a implementar intervenções adicionais para reduzir o risco do cliente.

Independentemente da posição do cliente, as proeminências ósseas e as áreas de alta pressão devem ser protegidas, segundo o estudo E10. Ao que o estudo E2 concebe que almofadas de gel ou espuma de silicone macio e pensos/placas de proteção devem ser aplicados, para prevenção de lesão. Para Scott no estudo E8 é primordial assegurar a existência de almofadas, superfícies e dispositivos de alta especificação em todas as salas operatórias, camas / macas antes e depois da cirurgia ideia confirmada pelo estudo E7 onde as superfícies de almofadas de gel ou almofadas de espuma termoativa têm claramente reduzido a probabilidade de lesão por pressão em comparação com o colchão padrão da marquesa operatória, isto porque embora almofadas da marquesa operatória permitam grande estabilidade, vários estudos demonstraram que contribuem para o desenvolvimento de lesões por pressão durante a cirurgia, achados espelhados no estudo E9. As referidas superfícies de alívio de pressão, de acordo com o estudo E3 devem possuir características específicas, como a capacidade de diminuir a pressão sobre o corpo em locais de alto risco, obter um bom microclima para a pele e ser fácil de usar, sendo que o seu melhor compromisso é minimizar a pressão de interface, de acordo com Primiano et al. no estudo E7. Inúmeros estudos demonstram a extrema importância destes dispositivos, como é exemplo estudo E4, ditando que a utilização adequada de um dispositivo de alívio de pressão tem uma resposta positiva na redução da incidência de lesões por pressão. Não menos relevante, o aspecto focado por Spruce no seu estudo E10 onde lençóis e cobertores não devem ser usados para posicionar os clientes porque diminuem a eficácia das superfícies de alívio e podem causar pressão adicional, assim como os profissionais perioperatórios deve garantir que os lençóis sob o cliente não estão enrugados e que o cliente está livre de qualquer fluido ou humidade que possa ter sido introduzido durante o processo de preparação da pele ou de outras fontes.

Conforme Bulfone, Marzolil, Wuattrin, Fabbro & Palese no estudo E3 reiteram, os clientes com episódio de hipotermia têm maior probabilidade de desenvolver lesões por pressão do que clientes sem estes episódios, pelo que o aquecimento corporal se transforma numa intervenção essencial. A instabilidade hemodinâmica, nomeadamente hipotensão, associado a vários fatores,

como são exemplo os agentes anestésicos referidos pelo estudo E11, que ao atuarem a nível do sistema nervoso autónomo, causam algum grau de vasodilatação que se reflete numa diminuição da pressão arterial, que por sua vez causa diminuição na perfusão tecidual, concordando o estudo E4 com o anterior, relatando ainda que tal situação contribui para formação de lesões por pressão, sendo particularmente verdadeiro quando a pressão diastólica é menor que 60 mmHg, pelo que prevenir esta dimensão é fundamental. O estudo E2 refere ainda que é importante monitorizar que não existe pressão exercida pelos equipamentos utilizados durante a cirurgia sobre o cliente.

Uma intervenção de extrema importância, como afirma o estudo E6 passa por reposicionar os clientes em risco a cada três horas durante a cirurgia, quando possível, acrescentando o estudo E11 que o reposicionamento de um cliente cirúrgico é raramente possível no intra-operatório, no entanto estruturas como os calcanhares, braços e cabeça, são passíveis desta intervenção. Black, Fawcett & Scott no seu estudo E2 ressalvam a importância de posicionar o cliente na unidade de cuidados pós-anestésicos de forma diferente da que foi utilizada durante a cirurgia, se possível e caso o mesmo permaneça por um longo período nesta unidade, alternar decúbitos de 2 em 2 horas, pois como afirma o estudo E5, os clientes no pós-operatório permanecem rotineiramente na sala de recuperação pós-anestésica por pelo menos duas horas sem se mover. Monitorizar e manter a integridade da pele são componentes essenciais para definir o estado de saúde do cliente e avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, de acordo com estudo E11. Pelo que Scott (E8) recai a sua atenção na avaliação da pele no pós-operatório imediato, que deve ser realizada para identificar quaisquer alterações cutâneas, em comparação com a avaliação cutânea pré-operatória. Não existindo sinais visíveis de lesões, continua a ser importante para o enfermeiro perioperatório reportar a avaliação da pele à equipa que assume os cuidados pós-operatórios para que eles possam ser diligentes na identificação de lesões no pós-operatório e na implementação de cuidados preventivos. A transmissão de informação para o pós-operatório deve incluir o estado do cliente, fatores de risco como hipotensão, perda de sangue, hipotermia, tempo na marquesa operatória e posição cirúrgica, como afirma o estudo E2.

Como já referido anteriormente pelo estudo E3 a progressão destas lesões é incomum, pois têm início a nível do músculo e tecido subcutâneo e somente mais tarde na derme e epiderme, por esta razão, podem aparecer imediatamente, dentro de 72 Horas após a cirurgia, ou até o sétimo dia de pós-operatório. O mesmo autor declara que lesões por pressão sem manifestação de dor podem permanecer desconhecidas, se os enfermeiros não avaliarem com precisão a integridade da pele continuamente, uma vez que a avaliação da integridade da pele do cliente deve ser realizada na admissão, no bloco operatório e pós-operatório até ao momento de alta, pelo que a vigilância e monitorização dos locais sujeitos a pressão no intraoperatório é imperativa, como assume o estudo

E6. Princípio que nos remete para a importância dos cuidados pós operatórios e demonstrado pelo estudo E4 onde clientes que apresentavam lesão por pressão de grau I no recbro, não mantêm a mesma lesão 24 horas após a cirurgia. Isto sugere que as lesões observadas foram transitórias, sendo a intervenção da equipa de enfermagem do pós-operatório, impeditiva de progressão de lesão, relevando o estudo E1 na mesma base que quase todas as lesões, nas primeiras 24 horas de pós-operatório tinham regredido, com recurso à mobilização regrada dos clientes e aplicação de pensos/placas hidrocolóides para tratamento e prevenção de lesões, fatores importantes para a prestação de cuidados de enfermagem, indicando a mobilização precoce como indicação primária para a prevenção e tratamento de lesões por pressão com um impacto clinicamente relevante.

Tendo em consideração que a prevenção destas lesões se centra numa dimensão perioperatória Scott no estudo E9 definiu um conjunto de intervenções baseadas em evidências para ajudar a padronizar os cuidados e reduzir as complicações decorrentes do intraoperatório: avaliação pré-operatória da pele e imediatamente pós-operatório, mobilização segura do cliente, padronização de almofadas da marquesa operatória de alta especificação, redistribuição da pressão, particularmente nos calcanhares e zona occipital, uso de pensos/placas protetoras, utilização de dispositivos de posicionamento aprovados, manutenção de normotermia e microclima, comunicação de informação pertinente aquando da transferência para a unidade de internamento. No pós-operatório: mobilização precoce, avaliação cutânea diária, gestão dos locais de pressão.

Um elemento essencial para que todo este trabalho seja passível de concretização, constatado na maioria dos textos analisados, prende-se com o conhecimento que os enfermeiros perioperatórios devem integrar para atuar quando existe risco de lesão por pressão, prevenir lesões por pressão, e advogar clientes, como referido pelo estudo E10. Na perspetiva do estudo E5 para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes cirúrgicos, é necessário que os profissionais de saúde adquiram conhecimentos nesta área. Primiano et al. com estudo E7 complementam esta conceção pois os resultados deste estudo destacam a necessidade para uma educação continuada dos enfermeiros, sobre esta temática. Para este, os enfermeiros perioperatórios, ou seja, em todas as áreas de cuidados ao cliente cirúrgico, devem ter conhecimentos sobre os fatores de risco que podem afetar o desenvolvimento de lesões por pressão dentro das populações de clientes que cuidam. As lesões por pressão ao serem consideradas como um resultado, é imperativo que os enfermeiros sejam proficientes na avaliação do risco e na prestação cuidados ao nível da prevenção, só assim é possível incutir nos enfermeiros perioperatórios o dever de elaborar diretrizes, protocolos de enfermagem e planos individualizados de intervenção, com base na condição do cliente, no tipo e duração do procedimento cirúrgico, nos dispositivos de posicionamento cirúrgico necessários e nos fatores de risco, desenvolver competências ao nível do

posicionamento cirúrgico, integrando as diretrizes da *Association of periOperative Registered Nurses* para a prática perioperatória na prática clínica, assim como ter uma prática baseada em evidência, incorporando diretrizes baseadas em evidências, como diz o estudo E11. Então pode afirmar-se que a prevenção de lesões por pressão apresenta benefícios para os clientes, promovendo a qualidade dos cuidados prestados, dimensão que tem uma relação direta com as intervenções de enfermagem no perioperatório.

CONCLUSÃO

É possível concluir que os clientes no período intraoperatório estão em risco de desenvolver lesões por pressão em consequência de uma multiplicidade de fatores, apontando a literatura que a identificação precoce desse risco, utilizando escalas de avaliação de risco é um fator primário e primordial para a implementação de todas as intervenções adicionais ao nível da prevenção desta tipologia de lesões.

Os clientes permanecem imóveis durante a cirurgia e não conseguem verbalizar desconforto ou dor, dependendo dos enfermeiros perioperatórios na prevenção de lesões por pressão e na manutenção da sua segurança. Para tal parecer ser exequível vários princípios têm que ser considerados por parte dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, como a compreensão da epidemiologia e apresentação do desenvolvimento de lesão por pressão, identificação de clientes em alto risco, avaliação da pele dos clientes e todo o conjunto de intervenções preventivas baseadas em evidência (numeradas nos parágrafos acima) o que exige com toda a certeza educar os profissionais e familiarizá-los com a temática, pois enquanto não estivermos conscientes da "causa e efeito" da sala de cirurgia no desenvolvimento de lesões por pressão, será sempre uma barreira para implementar consistentemente práticas de prevenção em todo o continuum de cuidados e os clientes continuarão em risco de desenvolver esses eventos adversos evitáveis, valor que se revela de extrema importância pois os estudos demonstraram que quando as diretrizes preventivas são implementadas, a prevalência das lesões por pressão diminui.

Apesar dos progressos, ao longo do tempo, na tomada de consciência das questões relacionadas com a lesão por pressão, alguns estudos revelam que a investigação sobre a epidemiologia destas lesões e as evidências clínicas relativas a estratégias eficazes de avaliação e prevenção de riscos permanecem de alguma forma limitadas. Pesquisas adicionais são urgentemente necessárias para determinar com mais precisão a incidência e prevalência das lesões e os efeitos de vários fatores associados, incluindo o tipo de cirurgia e as posições durante um procedimento (lateral, dorsal e ventral). Um instrumento de avaliação de risco específico para clientes cirúrgicos deve ser

desenvolvido e validado, devendo ser fácil de implementar, agregar valor e levar a ações significativas.

Este estudo permitiu sem dúvida a reflexão face à temática, com ganhos consequentes na prestação de cuidados a nível individual, como numa dimensão abrangente pela partilha e sensibilização realizada a outrem. A capacidade de proporcionar conforto, prevenindo lesões por pressão decorrentes do intraoperatório, exige uma prática de enfermagem avançada, baseada em evidência científica e em linhas de orientação que elevem os cuidados prestados à pessoa a um nível de excelência.

Mesmo sendo necessária uma coordenação conjunta da equipa multidisciplinar na concretização com sucesso desta temática, o papel do enfermeiro destaca-se como principal, pois é ele o verdadeiro elemento presente continuamente em todo o percurso do cliente pelo perioperatório, possibilitando consequentemente a concretização da premissa essencial deste estudo para prevenção da lesão por pressão, a continuidade de cuidados no período perioperatório, pois a prevenção e gestão de riscos, segurança da pessoa e qualidade de cuidados prestados depende de todos nós, enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta.

Bagnulo, S., Accardi, R., Bonalumi, S., Consonni, D., & Laquintana, D. (2015). The occurrence of pressure sores in the intra-operative period in post-operative course. *Scenario*, 32(1), 34-38.

Baumgarten, M., Margolis, D., Orwig, D., Hawkes, W., Rich, S., Langenberg, P., Shardell, M., Palmer, M. H., McArdle, P., Sterling, R., Jones, P.S., & Magaziner, J. (2010). Use of pressure-redistributing support surfaces among elderly hip fracture patients across the continuum of care: adherence to pressure ulcer prevention guidelines. *The Gerontologist*, 50 (2), 253-262.

Bedouch, F. (2007). Les différents risques au bloc opératoire et leur prévention. *Interbloc*, 26(3), 176-177. Retirado de, <http://www.em-consulte.com/article/132618/les-differents-risques-au-bloc-operatoire-et-leur->

Black, J., Fawcett, D., & Scott, S. (2014). Ten top tips: preventing pressure ulcers in the surgical patient. *Wounds International*, 5(4), 14-18.

Bulfone; G., Marzoli, I.; Wuattrin, R., Fabbro, C., & Palese, A. (2012). A longitudinal study of the incidence of pressure sores and the associated risks and strategies adopted in Italian operating theatres. *Journal of Perioperative Practice*, 22(2), 50-56.

Connor, T., Sledge, J.A., Bryant-Wiersema, L., Stamm, L., & Potter, P. (2010). Identification of pre-operative and intra-operative variables predictive of pressure ulcer development in patients undergoing urologic surgical procedures. *Urologic Nursing*, 30(5), 289-305.

Direção Geral de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (2016). *Segurança do Doente*. Retirado a 5 janeiro 2017, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&acess=0&codigono=001100150028AAAAAAAAAAA>
AAA

Direção Geral de Saúde. (2011). Orientação da Direcção Geral de Saúde nº 017/2011. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Retirado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/29074/Os%20meus%20documentos/Downloads/i021925.p](file:///C:/Documents%20and%20Settings/29074/Os%20meus%20documentos/Downloads/i021925.pdf)
df

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes. Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.

Galvão C., & Sawada N. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (1), 57-60. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1.pdf>.

Galvin, P.A., & Curley, M.A. (2012). The Braden Q+P: A Pediatric Perioperative Pressure Ulcer Risk Assessment and Intervention Tool. *AORN Journal*, 96 (3), 261-270. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/22935255/>

International Council of Nurses (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas – Instrumento de Informação e Acção*. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf

Ling; S., Pao-Chu, L., Jung-Fen, K., Huei-Yu; T., & Tao-Hsin. (2014). Incidence and predicted risk factors of pressure ulcers in surgical patients: experience at a medical center in Taipei, Taiwan. *BioMed Research International*, 1-9.

Lumbley, J.L., Ali, S.A., & Tchokouani, L.S. (2014). Retrospective review of predisposing factors for intraoperative pressure ulcer development. *Journal Of Clinical Anesthesia*, 26 (5), 368-374.

Miranda, A., Amanda, R., Mariane, R., & Lopes, L. (2016) Posicionamento Cirúrgico: Cuidados de Enfermagem no Transoperatório. *Revista SOBECC*, 21 (1), 52-53. Retirado de <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5578.pdf>

Morison, M.J. (2004). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. University of Abertay, Dundee, UK: Harcourt Publishers Limited.

Primiano, M., Friend, M., McClure, C.; Nardi, S.; Fix, L.; Schafer, M.; Savochka, K., & McNett, M. (2011). *Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures*. *AORN Journal*, 94(6), 555-566.

Scout, S. (2015). Progress and Challenges in Perioperative Pressure Ulcer Prevention. *Journal Wound Ostomy Continence Nurs*, 42(5), 480-485.

Scott, S. (2016). Perioperative Pressure Injuries: Protocols and Evidence-Based Programs for Reducing Risk. *Revista PSQH Online*. Retirado de <http://www.psqh.com/analysis/perioperative-pressure-injuries-protocols-and-evidence-based-programs-for-reducing-risk/4/>

Spruce, L. (2016). Back to Basics: Preventing Perioperative Pressure Injuries. *AORN Journal*, 105 (1), 92-99.

Walton-Geer, P.S. (2009). Prevention of pressure ulcers in the surgical patient. *AORN Journal*, 89(3), 538-552.

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

3.1. MÓDULO I- Serviço de Urgência

3.1.1 Caracterização do Serviço

O Serviço de Urgência, no qual estagiei, está inserido no Hospital do Médio Tejo, correspondendo, conforme previsto no Despacho nº 10319/ 2014 de 11 de agosto de 2014, a um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, que integra o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, sendo composto pelas valências médicas e cirúrgicas preconizadas no despacho acima mencionado. Está dividido em setores de atuação para atendimento dos clientes segundo o grau de prioridade e valência médica necessária, de acordo com um sistema de triagem de prioridades, Sistema de Triagem de Manchester. Por sua vez, esta tipologia de unidades está articulada com hospitais de urgência polivalente, de nível superior, sendo estes hospitais de referência.

O mencionado Serviço de Urgência foi alvo de total remodelação em 2011, que se traduz hoje num serviço moderno, organizado física e estruturalmente, e com um circuito interno bem definido. A caracterização abaixo descrita é sustentada pela observação e vivência diária enquanto estudante durante o período de estágio e enfermeira da instituição, visto que a mesma não se encontra oficialmente documentada.

Situado no piso 0, a admissão de clientes é feita segundo circuito próprio e definido internamente, apresentando acesso fácil a locais de apoio, tais como laboratório, serviço de imagiologia, bloco operatório, entre outros. Em termos gerais, é constituído por duas áreas principais: Ambulatório e Unidade Médico-Cirúrgica. A área de ambulatório integra os Balcões Gerais de atendimento das diferentes especialidades médicas, Balcões de Medicina, Balcão de Cirurgia, Balcão de Ortopneumatologia, Balcão de Verdes, classificados com as prioridades 2, 3, 4 e 5 (Laranja, Amarelo, Verde e Azul, respetivamente) onde as pessoas são observadas, encaminhadas da Sala de Triagem. Áreas específicas, como Psiquiatria, Pediatria, Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, após a Triagem de Manchester são encaminhados para as respetivas valências que se encontram alocadas fora do Serviço de Urgência. O serviço ainda integra uma Sala de Emergência com capacidade para três clientes em simultâneo, assim como uma unidade de isolamento, dotada para um cliente. Por último, também contempla uma Unidade Médico-Cirúrgica que dá suporte a

clientes do foro médico e cirúrgico, com condições de monitorização e vigilância intensivas de pessoas em situação crítica, numa capacidade total para 10 clientes.

A equipa de enfermagem deste Serviço de Urgência é formada por 77 enfermeiros, uma Enfermeira Chefe, duas Enfermeiras Coordenadoras (Urgência Geral e Unidade Médico-Cirúrgica) e os restantes subdivididos por 6 equipas compostas por 12/13 Enfermeiros.

3.1.2 Análise Crítica e Reflexiva

Este Módulo I de estágio, que decorreu no Serviço de Urgência supracitado, permitiu-me *desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no cuidar de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família, no Serviço de Urgência*. Este objetivo geral subdividiu-se em dois objetivos específicos, com as respetivas atividades. Sendo os objetivos específicos:

- *Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem ao cliente crítico e sua família, em contexto de Sala de Emergência e Unidade Médico-Cirúrgica.*
- *Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da reestruturação funcional e organizacional da Sala de Emergência.*

O Serviço de Urgência é considerado um centro estratégico na organização hospitalar, a ele acorrem diariamente milhares de pessoas, em todo o país, pelo que se torna pertinente revelar como a Direção Geral de Saúde (2001, p.7) define Urgência como, “todas as situações clínicas de instalação súbita desde as não graves até às graves, com o risco de estabelecimento de falência de funções vitais” Deste modo, é nele que se prestam cuidados de primeira necessidade, com diferenciação técnica e científica, num curto espaço de tempo, sendo primordial identificar os casos graves e estabelecer prioridades por entre os cuidados a prestar a uma população alvo com necessidades de saúde muito heterogéneas. Por ter bem presente esta definição, assim como o estereótipo da sua dinâmica e funcionamento, senti que seria um contexto diferente, complexo, com uma realidade desafiante e imprevisível pelos inúmeros acontecimentos, informações, aprendizagens e conhecimentos. Por tudo isto existia algum sentimento de receio, no entanto um percurso no sentido do crescimento foi sendo palmilhado ao longo do tempo, adquirindo progressivamente conhecimentos e competências que dariam respostas aos objetivos gerais e individuais, no qual a orientação por parte das enfermeiras orientadoras foi fundamental e de excelência. Ainda durante este mesmo período e de uma forma gradual, foi possível integrar a equipa multidisciplinar, conhecer a estrutura orgânico funcional do serviço, unidades de registo informático, normas de procedimento e protocolos,

articulação do serviço de urgência com outros serviços e instituições, assim como perceber o circuito do cliente em situação crítica desde a sua admissão até à sua transferência.

É importante referir que o estágio foi desenvolvido apenas em Sala de Emergência, sugestão por parte das enfermeiras orientadoras e enfermeira chefe, no sentido de contactar o mais possível com o cliente em situação crítica. Alguns turnos (três) também foram realizados na Unidade Médico-Cirúrgica, unidade a aguardar creditação para Unidade de Cuidados Intermédios. Relativamente à Sala de Emergência, encontra-se situada perto da triagem e da entrada do serviço, assegurando o restabelecimento das funções vitais de clientes adultos em situação crítica, de foro médico, cirúrgico e traumatológico, através de suporte ventilatório invasivo e não invasivo, monitorização contínua e a possibilidade de serem executados diversos procedimentos e cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes. Assim a sala de emergência é um local fulcral dos Serviços de Urgência que centraliza meios logísticos e recursos humanos altamente diferenciados capazes de dar resposta ao cliente emergente, isto é, com “situação clínica de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, compromisso de uma ou mais funções vitais” (Direção Geral de Saúde, 2001, p.7), sendo caracterizada como uma das unidades funcionais do serviço de urgência mais exigente, onde o enfermeiro tem que responder de forma eficaz e eficiente às necessidades da pessoa em situação crítica, o que muitas vezes exige uma decisão em escassos segundos com repercussões no modo fisiológico da pessoa. Para tal é essencial que a abordagem à pessoa em situação crítica obedeça à nomenclatura de priorização, envolvida na avaliação primária- ABCDE: A (Via Aérea), B (Ventilação), C (Circulação), D (Disfunção Neurológica), E (Exposição) (Direção Geral de Saúde, 2010; European Resuscitation Council, 2010), terminologia que me possibilitou ao longo do tempo desenvolver competências que permitiram identificar e responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. Boering et al. (2007), ainda acrescentam FGH: F (Avaliação completa de Sinais e Facilitar presença da Família), G (Promover medidas de Conforto), H (História pessoal e Avaliação “Cabeça- Pés”) e I (Inspeção face corporal posterior), o que permite reavaliar e interpretar todos os sinais avaliados nesta pessoa em situação crítica, em particular, os sinais vitais que devem estar em monitorização contínua. Defendem ainda que deve ser facilitada a presença da família, sempre que possível, desempenhando aqui o enfermeiro um papel preponderante, na medida em que é prestador de cuidados não só da pessoa em situação crítica como também da sua família. Nesta dimensão foram promovidas medidas de conforto, cujas intervenções passaram pela avaliação da dor utilizando escalas validadas, a explicação de todos os procedimentos com voz calma e suave, adotadas medidas de conforto não farmacológicas e administrada terapêutica analgésica segundo prescrição. Sendo fundamental conhecer a história da pessoa, especificamente antecedentes pessoais de doença, estilos de vida anteriores, dependência prévia e terapêutica em ambulatório, a

comunicação estabelecida com o cliente e sua família foi basilar, pois sempre que esta se encontrava presente e após estabilização da situação do cliente abordava a mesma, no sentido de colher informação relevante para a prestação de cuidados, escutar, esclarecer dúvidas, efetuar ensinamentos, através de uma comunicação eficaz, acessível e tendo em consideração o nível sociocultural, religioso e espiritual. Foi possibilitado também a visita do familiar ao cliente, sempre que oportuno. Assim comunicação e acolhimento da família na sala de emergência revelaram-se cuidados que promoveram o estabelecimento de uma relação de confiança, empatia e privacidade com o cliente e sua família, permitindo uma abordagem, planeamento e implementação de cuidados individualizados à pessoa.

O Serviço de Urgência e especificamente a sala de emergência, é um contexto que exige prestação de cuidados de elevada complexidade, diversificados e que exigem cuidados imediatos, impulsionando o desenvolvimento de competências para lidar com uma realidade mutável, resolver problemas de carácter imprevisível, e tomar decisões em tempo útil, ou seja, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica é uma constante e exige uma abordagem sistemática à pessoa e o domínio de protocolos e algoritmos de atuação baseados em evidência, pelo que implica um vasto corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes (Ferreira & Madeira, 2011), no qual o percurso académico e formativo ao longo dos anos, com integração de cursos de suporte avançado, abordagem de via aérea difícil, atualização constante ao longo do estágio de pesquisa bibliográfica, articulação de conhecimentos já adquiridos, esclarecimento de dúvidas, discussão de situações simulação e reflexões individuais em conjunto com as enfermeiras orientadoras se revelaram uma constante e fundamentais, uma vez que permitiram colmatar falhas, adquirir novos saberes e competências de modo gradual, para a prestação de cuidados de qualidade e seguros à pessoa em situação crítica e sua família de forma eficaz e autónoma, baseados em conhecimentos científicos documentados e atualizados.

A diversidade de patologias que acometem estes clientes, associadas à necessidade de atuação imediata, eleva o grau de complexidade e os níveis de stress impostos aos profissionais de saúde que atuam nesta área, exigindo uma abordagem de enfermagem ao cliente crítico com um nível de conhecimentos e competências específicas que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica possui. Este, através da prestação de cuidados qualificados e de forma contínua, dá resposta às necessidades afetadas, tendo como objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, e como finalidade a recuperação total do cliente (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011). Assim, a abordagem de enfermagem à pessoa em situação crítica exige competências específicas e uma formação estruturada e organizada,

permitindo o planeamento das práticas de trabalho e maximizando a eficácia e a eficiência da atuação (Silva & Lage, 2010). Em paralelismo ao referido acima surge uma breve descrição de uma situação de emergência. À chegada à sala de emergência cerca das 8h, deparamo-nos com um cliente, 64 anos, politraumatizado, vítima de acidente de viação, transportado pelos bombeiros que o encontraram na via pública. O cliente encontrava-se bastante agitado psicologicamente e fisicamente e instável hemodinamicamente, rapidamente foi transportado para o serviço de imagiologia para realização de tomografia computadorizada e radiografias múltiplas. Aquando da execução destes exames a instabilidade hemodinâmica foi agravando substancialmente e ao regressar à sala de emergência foi necessário colocar ventilação invasiva, para estabilidade respiratória. Neste momento foi possível partilhar com os enfermeiros a experiência e conhecimentos que possuo a nível de abordagem de via aérea e ventilação mecânica, demonstrando estar presente a comunicação dos resultados da prática na promoção do desenvolvimento de conhecimentos e competências noutros profissionais, através de momentos de reflexão crítica sobre a temática, esclarecimento de dúvidas com relevância para a prestação de cuidados a clientes submetidos a ventilação mecânica invasiva. Após confirmação de laceração de fígado e rim direito, pneumotórax direito, múltiplas fraturas a nível dos membros superiores e inferiores direitos, foi necessário iniciar um conjunto de intervenções autónomas e interdependentes para estabilidade do cliente, por forma a ser transferido para uma unidade de cuidados intensivos exterior. No final de todo este cenário e apesar da complexidade da situação, senti que competências de cuidados de enfermagem especializados estavam adquiridas, pois foram cuidados prestados de forma autónoma e eficaz, identifiquei e respondi de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, colaborarei com a equipa multidisciplinar no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados, demonstrando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

A complexidade das situações de emergência e sua imprevisibilidade, como com as situações difíceis com que se deparam os enfermeiros na prática, da qual foi exemplo e situação referente a uma senhora de 70 anos, transferida do serviço de medicina devido ao diagnóstico de epilepsia com episódios de convulsão frequentes. Após realização de medicação anticonvulsiva, a cliente encontrava-se a dormir, mas rapidamente apresentou mais um episódio de convulsão acompanhado de vômito, imediatamente coloquei a cliente em posição lateral de segurança, aspirei conteúdo a nível oral, foi chamado médio assistente, a enfermeira preparou medicação prescrita pelo mesmo, em paralelismo inicia um quadro de taquicardia supraventricular, ao que coloquei pás de desfibrilhação conectadas a monitor desfibrilhador, seguida de administração de medicação antiarrítmica. A situação descrita, entre outras semelhantes, permitiu desenvolver competências para a tomada de decisão

fundamentada em evidência científica e conseqüentemente atuar perante situações imprevistas e complexas.

Na abordagem ao cliente crítico, o enfermeiro especialista identifica, o mais rápido possível, os problemas do cliente, tendo competências para “prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhe os efeitos indesejáveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.15), apresentando rigor técnico e científico na implementação das suas intervenções e referenciando para outros profissionais da equipa multidisciplinar, quando existe essa necessidade e para outros enfermeiros de acordo com a área de intervenção. O descrito anterior foi confirmado, perante a situação social de um senhor que se encontrava na sala de emergência devido ao diagnóstico de hipoglicémia e hipotermia, no momento de recuperação de consciência e após alguns momentos de estabelecimento de comunicação, o cliente refere que não pode ficar internado uma vez que é viúvo e tem a seu cuidado um filho de 50 anos com défices cognitivos, não tendo mais ninguém para assegurar os seus cuidados. Ao comunicar a situação à enfermeira orientadora questioneei a possibilidade de contactar a assistente social da instituição, o que foi realizado de imediato, assim como entrar em contato com o irmão do senhor que rapidamente se deslocou ao hospital após diálogo entre todos os intervenientes uma decisão foi tomada. O processo de tomada de decisão é algo que é inerente à prática de cuidados de enfermagem, uma vez que durante a prática clínica somos diariamente confrontados com problemas de difícil resolução, que requerem uma análise criteriosa da nossa parte. Para que a tomada de decisão seja fundamentada é necessário a recolha de informação preliminar, equacionando várias hipóteses de resolução do problema, tendo ido a intervenção de encontro ao mencionado, assim como foram respeitados os princípios éticos inerentes à profissão, como o princípio da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana. Deste modo foi possível ao longo do estágio abordar e resolver situações de modo sistemático.

Na dimensão pelo respeito pela dignidade humana é considerado que a informação é um dever, em respeito para com a autonomia, a dignidade e a liberdade do cliente, pelo que as minhas intervenções enquanto enfermeira se regem por este princípio, procurando sempre que possível, que o cliente consinta as intervenções que pretendo realizar depois de lhe explicar a importância das mesmas, quais os riscos associados e alternativas.

Para a realização do estágio foi fundamental ter presente a premissa de que a reflexão é uma constante da nossa prática, conhecer os nossos limites, mas ter a ambição de alargar os horizontes e contactar com novas realidades levou-me a questionar a ação e o meu comportamento na ação através de uma postura analítica e crítica, eventos que me permitiram evoluir, numa dimensão de

melhoria da qualidade da prática de enfermagem e desenvolver competências nesta área de cuidados.

Relativamente às atividades programadas no âmbito da gestão foram concretizadas através da observação participativa e colaboração com a Enfermeira Coordenadora do serviço, tendo sido possível conhecer e compreender a estrutura funcional específica e a sua dinâmica face aos recursos humanos, materiais, funcionamento e organização. Foi ainda possível participar na elaboração de planos de trabalho de enfermagem, como na gestão de recursos materiais e humanos. Para além de rever nestes momentos conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades curriculares face a gestão, gestão de conflitos, planeamento e tomada de decisão, esta componente foi com toda a certeza benéfica para a minha prática diária, pois permitiu ter uma perspetiva clara e organizada desta dimensão dos cuidados.

Como tem vindo a ser mencionado, na sala de emergência são admitidos clientes críticos, em risco de vida que requerem cuidados imediatos, que determinam muitas vezes a sua sobrevivência, havendo na grande maioria dos casos a necessidade de procedimentos específicos como colocação de cateter venoso central, drenagem torácica, punção lombar, entre outros, o que faz com que a referida sala seja dotada de equipamento, material clínico e farmacêutico adequado para responder a situações de urgência/emergência. Deste modo, devido à multiplicidade de patologias que determinam a admissão de clientes, bem como a complexidade da equipa multidisciplinar que atua no serviço de urgência é fundamental a existência de uma sala funcional, organizada e intuitiva, que permita responder eficientemente a todas as situações de urgência/emergência. Face a esta problemática, Massada (2002), na sua publicação relativa à organização das equipas de emergência e funcionalidade das salas de emergência, refere que existem axiomas fundamentais que não podem ser descurados, designadamente preparar atempadamente a sala para início de uma ressuscitação; tornar material de emergência bem visível, rotulado e de fácil acesso; protocolar os procedimentos e preparar o material para uso imediato. Na mesma dimensão, também a Organização Mundial de Saúde recomenda a normalização dos procedimentos nestas salas, de modo a promover a eficiência e eficácia dos procedimentos realizados a pessoas em situação crítica (World Health Organization, 2009).

Após reflexão sobre a temática supramencionada e a problemática existente no serviço, com mobilização de pensamento e análise crítica emergiu o segundo objetivo, *Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da estruturação funcional da Sala de Emergência*, através da elaboração de um procedimento de trabalho (Apêndice II), que permitiu reorganização e uniformização de uma seção da sala de emergência, com recurso a uma listagem de material referente a kits para procedimentos específicos, subdivididos por aéreas de acordo com a abordagem

ABCDE, com obrigatoriedade de verificação diária, visando conseqüentemente a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que a realização de normas e procedimentos de trabalho constitui um bem maior, permitindo a integração e execução de praticas baseadas na evidência.

Este último conceito “qualidade de cuidados” define-se como um princípio de importância extrema para a nossa atuação enquanto enfermeiros, o qual temos de categorizar como primordial, pois atualmente assiste-se na população portuguesa a um aumento exponencial das expectativas e exigências dos cidadãos, com aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde. Assim, todas as atenções estão centradas nos resultados e na utilização adequada dos recursos disponíveis, pelo que as metodologias de melhoria contínua de qualidade constituem-se como um atributo essencial, revelando-se uma necessidade e exigência na perspectiva dos vários intervenientes, clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos (Oliveira et al., 2008).

Ao focar o meu interesse e atenção nesta temática, ao longo dos estágios permitiu-me compreender, que a enfermagem assenta o seu desenvolvimento numa construção que tem como pilar a qualidade e por finalidade a melhoria da qualidade. Expandir e evoluir, para níveis mais exigentes e rigorosos do conhecimento específico da disciplina, na conformidade com similares níveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou-se então uma exigência para a enfermagem e para os enfermeiros, onde a preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem em geral e com a segurança da pessoa em particular assume extremo destaque na atualidade. Concordo desta forma com a perspectiva de Ascensão (2010, p.30) ao referir que a qualidade dos cuidados de enfermagem “é almejada todos os dias, quando realizamos toda e qualquer atividade que visa a recuperação do cliente, contudo é indispensável repensar a nossa prática diariamente, reavaliar o nosso comportamento diante das inúmeras responsabilidades que nos são confiadas, podendo desta forma alcançar a excelência profissional”. Assim a prestação de cuidados teve como meta a segurança da pessoa, logo garantindo a qualidade dos cuidados. Princípio visível através do segundo objetivo específico e da gestão de risco que foi uma constante na prática diária, com a adoção de práticas seguras, das quais são de referir a verificação no início de turno de todas as unidades onde são alocados os clientes, existência de material e terapêutica, necessários para prestar cuidados especializados ao cliente em situação crítica e sua família, assim como a preocupação de reposição do mesmo aquando da alta da sala de emergência.

Após a reflexão e aprofundamento da temática, para além de contributo para a organização e uniformização da sala de emergência, foi possível a consolidação da importância da melhoria da qualidade dos cuidados, com a aquisição subsequente de competências nesta área dos cuidados, na qual temos uma posição de destaque na sua implementação e concretização, uma vez que compete a todos enfermeiros, e especialmente ao enfermeiro especialista, a sensibilização, a

abordagem, divulgação e promoção desta dimensão do cuidado junto dos demais. Importa não esquecer que esta melhoria e segurança de cuidados só existe através de uma prática baseada na evidência, que foi sem dúvida um dos grandes contributos para o meu desenvolvimento durante esta formação, sendo mobilizada intensivamente ao longo do estágio, na concretização dos objetivos definidos e atividades propostas, permitindo cuidados excelência.

Neste contexto foi então possível intervir em situações de urgência e emergência que requeriam cuidados especializados no âmbito da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, reunindo para tal um leque de competências de domínio profissional, ético e legal, de comunicação, e mobilização de saberes, técnicas e habilidades adquiridas do aprofundamento de conhecimentos baseados na evidência científica. Não posso deixar de referir que o desempenho alcançado não foi apenas resultado de um investimento pessoal e iniciativa, mas também devido à integração positiva na equipa multidisciplinar, à conduta das enfermeiras orientadoras e restantes colegas enfermeiros na partilha de conhecimentos, na postura de promotores do crescimento e desenvolvimento, por forma a considerar-me um elemento da equipa, com uma metodologia de trabalho eficaz.

3.2. MÓDULO II- Unidade de Cuidados Intensivos

3.2.1 Caracterização do Serviço

A Unidade de Cuidados Intensivos onde foi realizado o referido estágio é um serviço provido de instalações, equipamento e profissionais competentes para assegurar um tratamento eficaz ao cliente em situação crítica, durante o seu período de internamento. Esta unidade tem capacidade para dez clientes, oito em unidades individualizadas com estrutura aberta e dois quartos de isolamento. As unidades abertas têm a vantagem de os enfermeiros conseguirem permanentemente observar os clientes, existindo um menor isolamento, uma melhor vigilância, contudo apresenta algumas desvantagens tais como, menor privacidade, maior perceção de ruídos e maior probabilidade de infeções cruzadas. Cada unidade do cliente está equipada exaustivamente de vários materiais e equipamentos necessários à monitorização e vigilância do cliente crítico. No centro da referida unidade encontra-se a área de trabalho e sala de preparação de medicação. Existe ainda integrada neste serviço a Unidade de Cuidados Intermédios com capacidade para 12 clientes, com dois quartos de isolamento, tendo a unidade a mesma configuração estrutural, no entanto equipada com monitorização adequada à tipologia de clientes.

A equipa de enfermagem deste Serviço é formada por 40 enfermeiros, uma Enfermeira Chefe, dois Enfermeiros Coordenadores e os restantes subdivididos por 4 equipas compostas por 10

Enfermeiros. A distribuição diária dos mesmos, de acordo com as valências existentes realiza-se da seguinte forma:

- Unidade de Cuidados Intensivos: quatro/cinco enfermeiros
- Unidade de Cuidados Intermédios: quatro/cinco enfermeiros
- Coordenação e Supervisão de Cuidados: dois coordenadores no turno da manhã e em cada turno um enfermeiro responsável de equipa.

Na referida Unidade o ratio de atribuição de números de clientes é habitualmente 1: 2/3, dependendo do grau de instabilidade do cliente e necessidade de cuidados, esta mesma distribuição é realizada pelo enfermeiro responsável de turno, após a passagem de turno geral de todos os clientes. Como é possível perceber a metodologia de trabalho utilizada é a de enfermeiro responsável, mas o espírito de equipa e interajuda é promovido, pois todos os enfermeiros no início de turno assistem à passagem de turno geral, para além de todos terem em sua posse uma folha esquemática dotada da informação principal e essencial da situação específica de cada cliente, que vai sendo atualizada ao longo dos turnos.

Desde a entrada do cliente até ao momento de transferência do serviço, existe um grande trabalho de equipa multidisciplinar para que o cliente se restabeleça o mais rápido possível e com o menor número de lesões permanentes. Esta equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, equipa médica, equipa de assistentes operacionais, equipa de fisioterapeutas e nutricionista, que trabalham de forma coordenada, existindo uma grande cooperação entre todas elas, tendo como foco principal a recuperação do cliente.

As Unidades de Cuidados Intensivos estão vocacionadas para o atendimento de clientes com diversas patologias, características e tratamentos. A sobrevivência de uma pessoa com disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, depende de suporte tecnológico e de meios avançados de monitorização e terapêutica, bem como de recursos humanos, que caracterizam a qualidade do serviço, assim a equipa de enfermagem é “crucial na qualidade de curar, tratar e cuidar em cada unidade de cuidados intensivos” (Silva & Lage, 2010, p.4). Desta forma, a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente crítico exige competências específicas e uma formação estruturada e organizada, permitindo um planeamento das práticas de trabalho em situação crítica, maximizando a eficácia e a eficiência (Silva & Lage, 2010).

3.2.2 Análise Crítica e Reflexiva

Este Módulo II de estágio, que decorreu no serviço supracitado, permitiu-me *desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no cuidar de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família, internada na Unidade de Cuidados Intensivos*. Este objetivo geral subdividiu-se em dois objetivos específicos, com as respetivas atividades, sendo os objetivos específicos:

- *Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem ao cliente crítico e sua família, em contexto de Cuidados Intensivos.*
- *Contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados, no âmbito da prevenção de lesão por pressão da face, na pessoa submetida a Ventilação Não Invasiva.*

Estas unidades identificam-se como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde, 2003, p. 6). Cuidados de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos, são cuidados rigorosos e qualificados prestados de forma contínua ao longo das 24 horas, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida e conseqüentemente prevenindo complicações e limitando incapacidades. Para ser possível concretizar o anteriormente referido, foi fundamental realizar colheita e procura contínua, meticulosa e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer a cada momento a evolução da situação da pessoa, prever e detetar precocemente complicações, permitindo atuar no momento concreto, de modo eficiente, demonstrando assim mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Os cuidados ao cliente crítico requerem capacidade de reagir de forma rápida, eficaz e com discernimento nas situações mais delicadas. Para desenvolver as competências emergentes deste domínio, foi necessário mobilizar conhecimentos teórico-práticos, adquiridos desde o início do meu percurso académico, como estudante de licenciatura em enfermagem, e profissional, uma vez que o saber é o conjunto de conhecimentos gerais ou especializados que a pessoa vai adquirindo ao longo da vida (Dias, 2006), e adequados às necessidades da pessoa e sua família prestando cuidados de qualidade. Exemplo desta premissa foi a situação sucedida durante os cuidados de higiene e conforto ao Sr. José, que se encontrava numa situação de instabilidade hemodinâmica, decorrente do diagnóstico de choque séptico pós lobectomia direita, que durante a nossa intervenção (minha e enfermeira orientadora) desenvolveu um quadro sugestivo de paragem cardíaca, ao que imediatamente pedimos ajuda, colocamos o Sr. José em decúbito dorsal, sobre plano duro, foram

colocadas p as autoadesivas e seguidamente avaleiei pulso, tendo constatado que não se tratava de ritmo card acio compat ivel com paragem card acia, mas sim ritmo de taquicardia supraventricular, pois o cliente apresentava pulso carot ideo. Nesta sequ encia fomos abordadas pela equipa m edica, que questionou o sucedido e prontamente questionei a mesma sobre a atuação seguinte face   situação. In umeras intervenções foram sugeridas, desde a colheita de sangue, administração de f armacos antiarr itmicos, otimização da via a erea, para o qual a capacidade de gestão de prioridades foi sem d uvıda primordial. Ap os reflexão sobre a situação descrita, foi poss ivel compreender que articulando os conhecimentos adquiridos ao longo da experiência profissional, os conhecimentos obtidos em curso de suporte avançado de vida, aulas do curso de mestrado referente ao cliente crítico, foi poss ivel identificar e responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, prestando cuidados de enfermagem especializados ao cliente em situação crítica e/ou falência orgânica de uma forma eficaz e aut noma.

Na prática reflexiva “a sua realidade não   medida por discursos ou por intenções, mas pelo lugar, pela natureza e pelas consequências da reflexão no exercício quotidiano da profissão, seja em situação de crise, ou de fracasso”, (Perrenoud, 2003, p. 13). Com a aplicação da metodologia reflexiva na e sobre a prática durante a operacionalização deste módulo de estágio, várias narrativas e casos que suscitaram necessidades múltiplas em termos de cuidados de enfermagem, foram alvo de análise crítica. Dessas necessidades emergiram visões e motivações distintas sobre as competências de enfermagem a desenvolver, conduzindo-me para uma dimensão mais valorizada e enriquecida sobre as práticas de enfermagem, onde a motivação para o empreendimento pessoal e profissional, o desenvolvimento de um espírito aberto a outras opiniões, o atender a outras alternativas, o admitir da possibilidade de erro, a ponderação cuidada das consequências de uma determinada ação, o assumir de riscos ou até mesmo a predisposição para continuar este percurso com energia, convicção, capacidade de renovação, facilitou crescimento e fortalecimento no processo reflexivo, assim como permitiu analisar o processo de desenvolvimento e aprendizagem ao longo deste período.

Concordo que todos nós somos produto dos nossos investimentos pessoais, pois o conhecimento adquirido adv m de uma procura de saberes, pelo que cada um de nós é o sujeito e o agente da sua própria aprendizagem, da sua própria mudança, da sua própria formação pessoal, relevando-se assim a atitude de abertura à aprendizagem permanente, que emerge na dimensão de ensinar e instruir-se como necessidade de se manter atualizado no conhecimento e nos procedimentos técnicos, mas também no debater e aprofundar de temáticas de natureza  tica, em que nos questionamos como pessoa e como profissional. Neste processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional foi fundamental a realização de pesquisa bibliográfica pertinente para o processo formativo de forma persistente e continuada, pois a realidade e dimensão vivida eram na

sua maioria novidade. Tal situação possibilitou responder adequadamente quando questionada sobre temáticas associadas à área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, desenvolver continuamente os meus conhecimentos, momentos de estudo e discussão com outros profissionais, permitindo adquirir segurança nas minhas capacidades, habilidades e prestação de cuidados, demonstrando conseqüentemente conhecimento científico para intervir junto da equipa multidisciplinar, no planeamento, implementação e avaliação de cuidados. Deste modo, o espírito crítico-reflexivo foi desenvolvido e articulado perante as diversas situações experienciadas de compreensão e execução de procedimentos e técnicas ao cliente crítico, fundamentando a tomada de decisão na prática baseada na evidência científica, adquirindo e desenvolvendo deste modo capacidade de argumentação e atuação em situações complexas.

A admissão de um cliente em Unidade de Cuidados Intensivos normalmente requer uma rápida intervenção, uma vez que este apresenta elevado risco de instabilidade de uma ou mais funções fisiológicas, com possíveis riscos para a saúde. Nesta sequência a abordagem inicial e imediata passa principalmente por um fazer tecnológico, tornando-se difícil um contato inicial com a pessoa e seus familiares, o que contribui para o entendimento desta unidade como um local em que predomina a frieza e a atuação desumana e distante. No entanto é primordial considerar que a interação com as famílias necessita de se dar desde o momento do internamento do familiar cliente, proporcionando-lhes atenção, oportunidade de dialogar e de esclarecer dúvidas, pelo que ao longo do estágio promovi o acolhimento à família do cliente internado em Unidade de Cuidados Intensivos, indo deste modo a minha intervenção de encontro ao afirmado por Inaba, Silva & Telles (2005), onde as medidas de promover a presença da família na unidade de cuidados intensivos e proceder ao alargamento do horário de visitas não são suficientes, é necessário ir ao encontro da família, estabelecer uma relação, questionar sobre as dúvidas existentes e assim dar informações dirigidas e personalizadas a cada um sobre o que precisam e estão preparados para saber, atitudes demonstradas durante a prestação de cuidados com o intuito de otimizar a relação terapêutica estabelecida com a tríade de cuidados, com ganhos em saúde subseqüentes.

Ao deparar-se com um familiar cliente e por forma a contribuir para a sua recuperação, alívio do sofrimento e conforto, a família tem, muitas vezes, a necessidade de ser integrada nos cuidados prestados ao cliente, dando continuidade à sua função, que é a de manter a saúde no seio familiar. A integração da família na prestação dos cuidados diz respeito ao seu envolvimento no cuidar do cliente, onde a mesma é parte integrante dos cuidados que são prestados ao cliente, sejam cuidados físicos diretos ou cuidados afetivos ou psicológicos, pelo que incentivei a família a falar com o seu familiar cliente, mesmo que estivesse submetido a ventilação invasiva, promovi momentos de contato físico, através do incentivo ao toque, à realização de massagem de conforto, desmitifiquei a

envolvência tecnológica, mantendo-me disponível para qualquer dúvida, esclarecimento ou receio. Esta ligação da família no processo de cuidar é essencial e tem um efeito positivo sobre a pessoa em situação crítica, assim como nos membros da família. Através deste cuidado holístico, foi possível iniciar o estabelecimento da relação terapêutica com o cliente/família em situação crítica, diminuindo a distância entre todos e auxiliando na satisfação das necessidades e otimização do plano de cuidados.

Cuidar consiste em criar laços de confiança, apoio, ajuda e acompanhar a Pessoa/Família, estabelecendo uma relação com as mesmas características e os mesmos intervenientes, uma vez que a enfermagem se baseia no cuidado à pessoa através de uma relação interpessoal. Na base desta tipologia de relação, está presente o processo de comunicação que se caracteriza como essencial e básico para o seu estabelecimento, pois a comunicação permite relacionarmo-nos com os outros, tornando-nos um ser social, constituindo um pilar importante onde assenta a humanização dos cuidados de saúde. Ao longo dos anos e da evolução da enfermagem a comunicação foi abordada por diferentes teóricas. Florence Nightingale enfatizava a função informativa da comunicação quando referenciava a importância do que é dito ao cliente e o que deve ser falado com ele. Para Virgínia Henderson e Faye Abdellah, comunicação foi definida como uma necessidade básica. Por sua vez Watson amplia a abrangência do conceito, abordando-o como estratégia importante no relacionamento terapêutico. Meleis, também assenta a sua teoria transicional na relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente, pois na sua opinião para ajudar o cliente a vivenciar de forma positiva o seu processo de transição saúde/doença é necessário que o enfermeiro possua competências no âmbito da comunicação. Face ao referido, é fácil de perceber, que a comunicação é indissociável dos cuidados de enfermagem, sendo através da mesma que a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa/família cuidada se estabelece de forma eficaz, promovendo a vivência de um processo de transição o mais positivo possível e tornando o cuidado mais humanizado, pelo que a aquisição de conhecimentos no âmbito da comunicação, quer seja verbal ou não verbal e desenvolvimento de competências comunicacionais, durante o estágio foi um objetivo em constante evolução, uma vez que, esta grande temática da comunicação versus relação terapêutica continua a ser um desafio diário alvo de investimento constante. Ao ser confrontada com tal fragilidade perante uma situação específica em estágio, após reflexão e análise a mesma foi encarada como um fator motivador e impulsionador de mudança, perspetivando uma renovação na minha prestação de cuidados, que implicou um maior investimento na minha formação no domínio da comunicação, reflexão crítica sobre a ação, pesquisa bibliográfica sobre a temática e observação comportamentos e atitudes de outros enfermeiros face a esta dimensão, o que determinou o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação verbal e não-verbal, com a pessoa em situação crítica e sua família, assim como a

convicção de que a minha atuação como enfermeira apenas tem significado junto da pessoa/família, se com estes estabelecer uma relação baseada na igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade e competência profissional, o que implica possuir competências ao nível do processo comunicacional.

Em paralelismo com o parágrafo anterior, o processo de humanização das relações no ambiente de cuidados intensivos é uma preocupação dos profissionais de saúde por envolver a compreensão do significado da vida do ser humano, indo de encontro aos valores éticos e humanísticos que regulam a profissão de enfermagem, ao que a específica dimensão do ser possível humanizar o cuidado, quando a satisfação técnica e tecnológica adota um papel de liderança no “ambiente intensivo”, assumiu também um dos aspetos de grande desenvolvimento deste estágio, que possibilitou concordar com Stefanelli (1993) quando refere que a comunicação verbal e não-verbal está intimamente ligada à humanização, sendo que é através dela que é estabelecida, com a pessoa alvo de cuidados, a capacidade de compreensão que o prestador de cuidados detém, a sua visão do meio, o seu modo de pensar, sentir e agir. Assim nesta dimensão do cuidar do cliente crítico, promovi a orientação espaço-temporal, identifiquei necessidades, avaliei o conforto e dor, tranquilizei, informei e expliquei os procedimentos que eram executados, solicitei ainda a participação do cliente nos cuidados. Não menos importante, a comunicação não-verbal, através do toque, da expressão facial também teve um papel de destaque durante a minha prestação de cuidados, pois revela-se como uma intervenção primordial na transmissão de apoio, segurança e disponibilidade, como afirma Phaneuf (2005, p.397) “A palavra nem sempre é suficiente para tranquilizar e exprimir a empatia, também o toque toma grande importância.”. Considerado como um modo de comunicar que integra a comunicação não-verbal utilizado intencionalmente, pelo fato de ter presente o seu efeito sobre o doente, tal como refere Saraiva (1999, p.39) “ainda que aparentemente não obtenhamos feedback por parte do cliente inconsciente, ao tocarem no seu corpo, as nossas mãos vão estabelecer uma ponte de comunicação”, possibilitou ao cliente perceber a minha presença, promovendo o cuidado mais humanizado. Numa situação de crise, o papel do enfermeiro, dotado de formação e experiência, é de extrema importância, uma vez que ao conseguirmos estar presentes e atentos ao outro, a relação terapêutica numa dimensão de ajuda/apoio/conforto, reveste-se de uma importância particular, respeitando a dignidade e valor do outro, na humanização dos cuidados. Deste modo foram então, mobilizadas estratégias para otimizar o processo de comunicação verbal e não-verbal, com o cliente em situação crítica.

Mais uma vez a prestação de cuidados primou pela valorização do quadro de valores éticos e princípios profissionais, baseada no respeito pela pessoa e seus direitos em cada intervenção executada, salvaguardando a privacidade e a intimidade do cliente, não expondo fisicamente o

mesmo, ou a sua situação clínica. Sempre que possível o cliente e sua família foram envolvidos no processo de cuidados, respeitando os seus direitos autonomia, dignidade, crenças e valores. Colaborei com a enfermeira orientadora, na comunicação de más notícias, proporcionando um ambiente calmo e de privacidade e posteriormente cuidados pós-morte foram prestados, demonstrando respeito pela dignidade da pessoa.

Refletir sobre estes aspetos, em termos pessoais implicou um crescimento, ao nível do domínio teórico e técnico do processo de comunicação, permitindo consolidar que quando falamos de cuidar humano, este só pode ser verdadeiramente comprovado e praticado através da relação interpessoal, o que implica comunicar com sentido, tendo ficado claro mais uma vez que no nosso discurso, afirmamos e reiteramos constantemente que a comunicação é um dos instrumentos básicos da enfermagem, logo uma comunicação deliberada centrada na pessoa com intenção de a ajudar, constitui uma competência essencial ao cuidar da profissão.

Ao reconhecer que não existimos sem comunicar, a mobilização da competência comunicar esteve assim presente em todas as práticas do dia-a-dia, através da passagem de turno, registos de enfermagem, da partilha e discussão de ideias e conhecimentos, sendo fundamental que o façamos com qualidade, estando em cada um de nós a responsabilidade da melhoria contínua das técnicas de comunicação, premissa essencial e também aplicada no relacionamento entre profissionais, uma vez que a sua eficácia determina o ambiente de qualidade em que os cuidados de saúde são prestados e recebidos.

Quando falamos no saber ser, o saber relacionar-se e trabalhar com outras pessoas, pressupõe um clima de confiança, envolvimento genuíno e entusiasmo nas relações pessoais (Dias, 2006), pelo que, assumi ter conseguido estabelecer uma boa relação com a equipa multidisciplinar, o fato de ser uma equipa jovem, dinâmica e recetiva foi uma mais-valia para que o processo de integração decorresse gradual e positivamente.

Através da recetividade da instituição e da equipa de enfermagem, das ações de formação assistidas, que se assumiram como momentos de partilha e de mútuo desenvolvimento profissional, das múltiplas experiências vivenciadas e partilhadas, dos vários conhecimentos adquiridos, do conhecer e integrar uma nova realidade e novas dinâmicas e do despertar para outras áreas como a investigação e a formação permanente, fatores que considero motivadores e encorajadores da continuação do meu percurso e desenvolvimento profissional, foi possível a aquisição e concretização das competências preconizadas e objetivos traçados de uma forma gradual.

Frequentemente, no presente contexto de estágio, existiam clientes submetidos a Ventilação Não-Invasiva, definida como uma técnica de ventilação na qual não é utilizado qualquer tipo de prótese traqueal, tubo orotraqueal, nasotraqueal ou cânula de traqueostomia, sendo a conexão entre

o ventilador e a via aérea feita por meio de uma interface que pode ser facial ou nasal. A mesma é utilizada com intuito de evitar complicações decorrentes da ventilação invasiva com intubação endotraqueal que são exemplo: maior índice de infecção respiratória, maior tempo de internamento, aumento dos custos com o tratamento e ainda impedir o aumento da morbidade e mortalidade em clientes com insuficiência respiratória aguda submetidos a este método ventilatório. Para além de que os objetivos principais da aplicação desta técnica, atendem essencialmente à diminuição do trabalho respiratório, ao repouso dos músculos respiratórios e dispor de uma adequada troca gasosa. (Ferreira et al., 2009; Esquinas, 2011). Contudo a ventilação não invasiva, também apresenta as suas desvantagens e complicações, entre as quais surge a ocorrência de lesão por pressão no dorso do nariz, sendo que a sua incidência envolve diretamente os cuidados de enfermagem prestados, pelo que a equipa de enfermagem tem um importante papel a desempenhar na prevenção e redução da prevalência de tais lesões. Nesta linha de pensamento e por forma a atingir o segundo objetivo específico deste estágio realizei uma revisão sistemática de literatura sobre: “Prevenção de lesão por pressão da face, na pessoa submetida e ventilação mecânica não invasiva”, (Apêndice III) apresentada em formato de poster nas Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva (Apêndice IV).

Após reflexão sobre a prática de enfermagem numa vertente preventiva destas lesões no cliente crítico, apesar de no referido serviço se executarem algumas das intervenções concluídas com o estudo, existia a fragilidade do conhecimento baseado em evidência científica, pelo que foi desenvolvido com o intuito de adquirir e aprofundar conhecimentos que, enquanto enfermeiros, nos permitam atuar adequadamente perante um cliente submetido a ventilação não invasiva, na vertente da prevenção das úlceras por pressão da face, compreendendo que esta complicação específica pode ser eliminada ou minimizada com as intervenções específicas de enfermagem garantindo o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados.

O crescente interesse da investigação nos cuidados de enfermagem mostra a intenção da evolução da profissão. Através da divulgação dos dados do estudo, em congresso e posteriormente junto de pares na prática profissional foi pretendido promover mais conhecimento, transmitir a necessidade e importância de permanente atualização dos conhecimentos científicos, reflexão sobre as práticas, partilhar estratégias para que os profissionais de enfermagem prestem cuidados diferenciados e especializados, cuidados de excelência, com consequentes ganhos em saúde.

Deste modo durante o desenvolvimento dos objetivos definidos, foram privilegiados os cuidados seguros, adotando intervenções de enfermagem baseadas em evidência científica, que atualmente são parte integrante da minha definição e intervenção diária de enfermagem.

3.3. MÓDULO III- BLOCO OPERATÓRIO

3.3.1 Caracterização do Serviço

O Bloco Operatório no qual foi realizado o presente estágio é um serviço dotado de recursos materiais e humanos, com vista a dar resposta a uma vasta diversidade de especialidades cirúrgicas, assegurando o tratamento eficaz da pessoa a vivenciar uma situação crítica. O mesmo funciona em regime de cirurgia programada das 8h às 23horas, assumindo também cirurgia de urgência ao longo do dia. Esta unidade é constituída por cinco salas operatórias, uma sala de pré indução, uma sala de recobro e duas salas de cirurgia de ambulatório. Para dar resposta a todas estas dimensões a equipa de enfermagem é composta por quarenta enfermeiros. A equipa responsável pela gestão integra o Enfermeiro Chefe e cinco Enfermeiros Coordenadores, que vão alternado a sua presença e atividade entre período da manhã e de tarde.

A alocação dos enfermeiros nas respetivas salas é realizada no dia anterior, para que no início do dia de trabalho todos rapidamente percebam onde estão distribuídos para iniciarem os trabalhos. As dotações seguras para sala operatória estão asseguradas, isto é, três enfermeiros por sala, anestesia, circulante e instrumentação. O método de trabalho que impera é sem dúvida o trabalho de equipa, onde a comunicação, o bom senso e a flexibilidade são essenciais para o bom funcionamento dos vários profissionais de saúde que a integram (Fonseca, 2007).

Os enfermeiros que constituem esta equipa são então, responsáveis pela prestação de cuidados individualizados no bloco operatório, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção e a reabilitação, bem como a adoção de medidas que garantam um ambiente seguro (Ferreira & Magalhães, 2002). Das suas atividades do cuidar, podemos enumerar as relacionadas com a segurança, a prevenção da infeção, o controlo da dor, a manutenção da temperatura corporal e a adequação dos posicionamentos cirúrgicos, mas, também, as que se refletem no cliente na forma como são ajudados a lidar com a situação que vivenciam, como o estabelecimento de uma relação de ajuda (AESOP, 2006).

3.3.2 Análise Crítica e Reflexiva

Este Módulo III de estágio, que decorreu no serviço supracitado, permitiu-me *desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no cuidar de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família, submetida a intervenção cirúrgica*. Este objetivo geral subdividiu-se em dois objetivos específicos, com as respetivas atividades, sendo os objetivos específicos:

- *Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem ao cliente crítico e sua família, em contexto de Bloco Operatório.*
- *Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa intervencionada, no âmbito da lesão por pressão, do intraoperatório.*

De salientar, no início da descrição de competências adquiridas ao longo deste estágio, o objetivo para a realização do mesmo. Apesar de até ao momento desta redação contemplar a acumulação de sete anos de exercício profissional em bloco operatório, o grande objetivo reveste-se na observação e integração de uma nova dinâmica e realidade de trabalho, com vista a adquirir e consolidar conhecimentos e competências que promovam o meu desenvolvimento e crescimento, com ganhos diretos na prestação e qualidade dos cuidados por mim desempenhados. Uma vez que o desenvolvimento planeado, tinha por base a aprendizagem, algumas competências não se revelaram passíveis de concretização, mas o fato de desenvolver a nível da prática diária a responsabilidade de equipa, onde apesar de existirem vários constrangimentos no assumir deste papel, integro diariamente princípios como, retirar o maior rendimento da equipa em prol do cliente, minimizando e gerindo as devidas situações de stress e ansiedade, proporcionando mecanismos de *coping* adequados, permitindo a colaboração, entreaajuda e respeito mútuo na tomada de decisão primordialmente compartilhada. As responsabilidades passam pela distribuição dos enfermeiros ao início do turno, supervisionar e coordenar a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, registar devidamente as ocorrências pertinentes, gerir recursos materiais e disponibilidade de salas operatórias em coordenação com o anestesiológista, de acordo com a gestão de prioridades eficiente com vista à tomada de decisão competente e fundamentada. O referido serviço conta ainda com a minha colaboração na integração de novos elementos, nomeadamente a nível de enfermeiro de anestesia e circulante em regime de cirurgia programada. Aquando da sua integração na respetiva equipa cabe ao chefe de equipa a sua integração na dinâmica de prestação de cuidados em regime de urgência/emergência, passando nesta dimensão de prestação de cuidados, também o contributo na integração em instrumentação de cirurgia geral.

O Bloco Operatório caracteriza-se por áreas físicas com elevados recursos humanos para prestar cuidados a pessoas em estado crítico, de uma forma rápida e eficaz. O trabalho aqui desenvolvido é complexo e intenso e, como tal, os enfermeiros precisam estar preparados para cuidar de clientes com alterações hemodinâmicas relevantes que requerem e exigem continuamente a aquisição de conhecimentos específicos e grande habilidade para tomar decisões (Ferreira, 2010). Para tal, durante o estágio procurei aplicar os conhecimentos adquiridos na formação profissional e académica, por forma a dar uma resposta assertiva às diferentes situações vivenciadas e experienciadas.

Trabalhar em equipa é fundamental na prestação de cuidados, permitindo ganhos em saúde, pelo que ao longo do estágio estabeleci progressivamente uma relação positiva com a equipa multidisciplinar, com manutenção de uma atitude participativa e de colaboração nas atividades e procedimentos a serem desenvolvidos, com vista ao bom desempenho de todos os intervenientes. A existência desta relação de trabalho promoveu verdadeiros momentos de partilha de experiências, dúvidas e receios com a enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar, potenciando momentos de construção ativa e consolidação de conhecimento, permitindo desenvolvimento e aquisição de competências e ganhos em qualidade de cuidados, pois como declara Rego (2010, p.89) “a prática exige espaços de reflexão, de diálogo nas equipas a fim de potenciar a criatividade e aumentar a qualidade de resposta às solicitações dos doentes”.

A prática e conhecimentos adquiridos ao longo da vida profissional nesta área de cuidados, em muito facilitaram a intervenção, promovendo a integração na dinâmica dos cuidados e uma maior autonomia ao nível da prestação de cuidados ao cliente submetido a intervenção cirúrgica, permitindo estabelecer uma comunicação eficaz e ajustada às intervenções e cuidados a prestar, antecipar problemas complexos e intervir adequadamente, utilizando os recursos existentes antes do problema se instalar, solucionando-os de forma criativa e eficaz, demonstrando capacidade para estabelecer prioridades de intervenção na resolução de problemas complexos. Mesmo detendo conhecimentos sólidos e efetivos na prestação de cuidados ao cliente no intraoperatório, a postura adotada baseou-se no conhecimento de normas de procedimentos, protocolos de atuação, alocação de materiais e equipamentos, por forma a aumentar o saber e conseqüentemente o atuar em situações da prática diária, assim como em situações imprevistas e complexas, sendo exemplo do mesmo a citação de Vargas (2010, p.19) onde afirma que “num bloco operatório é necessário estar preparado para mudanças rápidas e inesperadas, as emergências ocorrem com frequência, o tempo de reação é fundamental para dar resposta a essas situações de forma eficaz e coerente”. Sinónimo do referido anteriormente, aquando da realização de uma colecistectomia laparoscópica, em processo de colecistite aguda, em discussão com a enfermeira orientada constatámos que a abordagem não estava a ser de todo linear, pelo que questioneei da possibilidade de preparação de material necessário para eventual conversão da cirurgia para laparotomia. Após alguns minutos a suposição confirmou-se e a cirurgia foi convertida, pelo que a reunião do material a ser necessário previamente permitiu dar uma resposta rápida à situação imprevista, possibilitando a continuidade do procedimento e dos cuidados.

Durante a prestação de cuidados foi primordial adequar, gerir e interpretar informação, promovendo uma prestação de cuidados de qualidade. Assim no início do dia de trabalho o programa cirúrgico era consultado e em colaboração com a enfermeira instrumentista, todo o material

necessário para o procedimento cirúrgico era reunido, assim como confirmada a existência de material essencial, caso alguma situação complexa e imprevisível surgisse. Ao assumir funções de anestesia, primava por toda a verificação de equipamento de ventilação, aspiração e medicação disponível antes de iniciar cada cirurgia. Com estas atitudes, concluiu que o recurso e mobilização de pensamento crítico e espírito reflexivo foi fundamental para dar resposta a situações de urgência e desenvolver poder de decisão, uma vez que durante o ato anestésico-cirúrgico é fundamental a manutenção da segurança do cliente.

Torna-se importante enaltecer existência de um pensamento reflexivo e crítico ao longo do estágio, como refere o Código Deontológico dos Enfermeiros (2015) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer falhas que mereçam mudança de atitude é um dever dos enfermeiros, assim como garantir, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados, caracterizando-se assim como uma competência fundamental na identificação de problemas e necessidades a colmatar, no âmbito da formação em enfermagem de forma autónoma e sistemática. Estes dois aspetos foram essenciais para que a prestação de cuidados se regesse pelo cumprimento rigoroso das técnicas, princípios e conhecimentos científicos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Após identificada a problemática de modo assertivo e responsável foi realizada sensibilização para a necessidade de organização e reestruturação dos carros de via aérea pediátricos, apesar de nestes constar a grande maioria do material necessário, critérios como reposição, organização e funcionalidade por vezes não estavam presentes, pelo que foi elaborada uma check-list (Apêndice V) de todos os materiais de devem constar desta tipologia de carro, de acordo com a pesquisa bibliográfica, nomeadamente com o Colégio de Anestesiologistas da Nova Zelândia e Austrália (2012), com correspondentes níveis e obrigatoriedade de verificação diária. Este comportamento permitiu assim o desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, para além de permitir colaborar na área da qualidade dos cuidados de enfermagem, prestando cuidados seguros e sustentados na evidência científica.

É importante que os enfermeiros no seu exercício profissional diário utilizem a investigação como forma de prestar cuidados eficazes, uma vez que a promoção da investigação na enfermagem aumenta o conhecimento da disciplina, potencia a criação de população dinâmica, promove o desenvolvimento de capacidades amplas de curiosidade científica, reflexão crítica, comunicação, iniciativa e disponibilidade para a mudança, assim como contribui para a tomada de decisão sólida e fundamentada. Nesta sequência foi implementado o projeto “Artigo da Semana”, que consiste em todas as semanas um artigo científico referente aos cuidados de enfermagem, direcionado para bloco

operatório, ser colocado para leitura existindo posteriormente em passagem de turno um momento de discussão da temática. Este projeto visa ser uma alavanca para o aperfeiçoamento do exercício profissional, contribuindo para a atualização e mobilização de conhecimentos e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais para dar resposta à exigência crescente da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem oferecidos aos cidadãos, pois segundo Benner (2001), o enfermeiro especialista deve deter conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica, sendo este percurso construído ao longo da sua vida profissional.

A título individual e ao ter presente que a evolução a nível técnico-científico na área dos cuidados de saúde é uma realidade, pelo que a formação permanente é indispensável e primordial por forma a promover o desenvolvimento pessoal e profissional, durante o estágio primei pela atualização e aprofundamento de conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica, do questionamento de peritos na área para esclarecimento de dúvidas, com a preocupação constante de disseminação dos mesmos com os pares, presença em formações realizadas pelos colegas da instituição onde o estágio decorria, que juntamente com o espírito crítico-reflexivo, com o recurso à experiência da prática profissional, e incorporação dos resultados da investigação na prática fomentou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, da capacidade de argumentação, permitindo consequentemente fundamentar a tomada de decisão face aos cuidados. Deste domínio sobressai o investimento pessoal, o desejo de um crescimento profissional e pessoal lado a lado e uma prestação de cuidados que evidencia uma prática de enfermagem avançada.

A tomada de decisão referida na competência anterior deve ser fundamentada em conhecimentos credíveis, nos quais possamos sustentar a nossa prática, que deve ser baseada na evidência, assumindo a investigação um papel preponderante. Pressuposto igualmente definido pela Ordem dos Enfermeiros (2001), onde a tomada de decisão implica uma abordagem sistémica e sistemática, processo no qual devemos incorporar os resultados da investigação na prática, utilizando argumentos rigorosos e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e excelência no exercício da profissão. Assim o estágio permitiu a consolidação desta competência, pois proporcionou momentos de tomada de decisão, onde os meios e as estratégias mais adequados à resolução de problemas foram analisados e selecionados de forma fundamentada. Os contributos da componente teórica do presente curso também tiveram um lugar de destaque, nomeadamente Supervisão de Cuidados, Ética da Saúde, Gestão em Saúde, permitindo o raciocínio crítico e a análise reflexiva sobre a nossa prática em casos de cuidados de enfermagem complexos, nos quais a tomada de decisão que regula a ação é preponderante e deve ser fundamentada.

Como referido, ao manter a motivação e a constante preocupação em evoluir, a vontade e a necessidade de incluir na prática a evidência científica, assim como as responsabilidades sociais e éticas, por forma a assegurar a tomada de decisão fundamentada, foi possível prestar cuidados com o grande objetivo da prevenção de erros e eventos adversos e a segurança do cliente, garantindo consequentemente a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, como apresenta a Direção Geral de Saúde (2012) onde o conhecimento mais importante para a segurança do cliente é aquele que permite prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos durante a prestação de cuidados de saúde. De modo a cumprir com estes requisitos, a atuação durante o estágio visou “advogar” o cliente, zelando pelo seu bem-estar, adotando práticas seguras no sentido de evitar erros clínicos, erros de medicação, entre outros incidentes que podem lesar quer os clientes quer os profissionais. Nesta gestão de risco, constante ao longo deste período, de salientar as competências adquiridas, através do programa da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde de 2009, ferramenta do programa da *World Alliance for Patient Safety* da mesma organização, a que Portugal aderiu em 15 de Dezembro de 2009 com o nome de “*Cirurgia Segura, Salva Vidas*”, pela sensibilização do seu autêntico objetivo, rigor e assertividade imprescindíveis na concretização destes momentos e desta dimensão do cuidado, contribuindo em ganhos para a minha prestação de cuidados, na dimensão de assegurar a minimização do erro, proporcionando um ambiente mais seguro.

As experiências até então vividas e o conhecimento alcançado, permitiram sempre que senti oportuno, comunicar e partilhar com os pares resultados da prática clínica, contribuindo para um comportamento assertivo e desenvolvimento de conhecimentos dos mesmos. São exemplo a partilha de práticas recomendadas para bloco operatório, recomendações no intraoperatório para a prevenção da infeção do local cirúrgicos, cuidados de enfermagem no cateterismo venoso periférico. Estes mesmos aspetos remetem-nos mais uma vez, para uma prática de enfermagem avançada, princípio primário para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os clientes cirúrgicos estão especialmente vulneráveis no período que antecede uma cirurgia devido a várias fontes geradoras de ansiedade, como a separação da família, do seu ambiente, o medo do desconhecido, o medo da anestesia, de não acordar ou acordar a meio da cirurgia, não só pela sua situação clínica e pela experiência a que vão ser sujeitos, mas, também, por ficarem na total dependência de outros, desencadeando sofrimento e crise emocional para o cliente e família, revelando-se de extrema importância no período pré operatório o apoio, a comunicação e a relação terapêutica. Uma vez que o enfermeiro desenvolve o seu trabalho com as pessoas e para as pessoas, nesta ajuda ao cliente/família deve primar por uma presença honesta e solidária, por um clima de confiança e de comunicação terapêutica, procurando compreender a vivência do outro. Acima de tudo

cuidar de uma forma específica num determinado contexto, promovendo o bem-estar, o conforto e autonomia. Ao ter presente todos estes pressupostos, assim como a evidência científica dos benefícios e vantagens da visita pré-operatória, existiu a proposta de implementação da mesma, não concretizada por limitações institucionais. Então a minha intervenção centrou-se num processo de extrema importância, o acolhimento da pessoa à chegada ao bloco operatório.

Durante este privilegiado, personalizado e individualizado cuidado de enfermagem, foi possível conhecer o cliente e a sua história clínica, identificar necessidades e problemas, descrever a sequência do seu processo de cuidados, esclarecer dúvidas e receios com vista à preparação psicológica para a cirurgia e diminuição da ansiedade, possibilitando o estabelecimento de uma relação de ajuda, centrada na competência, segurança, informação adequada e clara, apoio e dedicação. Assim através deste primeiro contato com o cliente, que se constitui o ponto de partida para promover o seu bem-estar durante a sua permanência no bloco operatório, foi possível proporcionar segurança e conforto, ou seja, humanizar a relação enfermeiro/cliente no ambiente de bloco operatório, indo de encontro aos valores éticos e humanísticos que regulam a profissão de enfermagem.

Ao mencionar valores éticos e relação terapêutica, remete-nos para uma dimensão do cuidar bastante presente em bloco operatório. Neste estágio assumi como fundamental o consentimento informado, que acordo com o Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros (2007), o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo, no que respeita aos cuidados de enfermagem, de respeitar, defender e promover o seu direito ao consentimento informado, de atender com responsabilidade e cuidado todos os seus pedidos de informação ou explicação, em matéria de cuidados de enfermagem e de informar sobre os recursos a que pode ter acesso e forma de os obter. Assim ao longo da prestação de cuidados e tendo como base a relação terapêutica, informei o cliente e obtive o seu consentimento para a realização de intervenções de enfermagem. Qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efetuada, após a pessoa ter dado o seu consentimento de forma livre e esclarecida, tendo sido previamente dada a informação adequada e podendo revogá-lo a todo o momento. Deste modo consideramos que a relação de quem cuida e quem recebe os cuidados, numa perspetiva ética, cria no profissional um "sentido ético de proteção da pessoa e verificação das suas necessidades faz nascer no enfermeiro a obrigação de agir através do cuidado adequado" (Deodato, 2014 p. 117).

O enfermeiro assume o dever de respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado, pelo que, a sua verificação constitui uma obrigação deontológica do enfermeiro. Através da relação terapêutica este fundamento foi tido como primordial, por forma a respeitar autonomia da pessoa na promoção do seu bem-estar. Informação sobre o como, o porquê, os resultados

pretendidos, os riscos e as possíveis consequências de determinado cuidado proposto, para que este possa decidir e consentir, na posse da informação e da compreensão para a decisão, foram prestados. Assim como o aceitar a decisão do outro, mesmo que a mesma não coincida com os nossos ideais e convicções, nomeadamente na questão de recusa de transfusão sanguínea em pessoas testemunhas de jeóva, onde a recusa do cliente foi respeitada, sendo considerada violação da deontologia profissional se o prestador de cuidados agir contra a vontade esclarecida e expressa do cliente, competente para decidir (Direção Geral de Saúde, 2015). Segundo a lei penal portuguesa, o consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza a vontade séria, livre e esclarecida da pessoa cujo interesse está protegido juridicamente, podendo ser explícito ou implícito, oral ou escrito pelo que não tem, obrigatoriamente, que se traduzir na assinatura de um documento. Assim, implementando na prática, a verificação do consentimento informado do cliente, temos uma conduta que defende o cliente e cumpre o previsto no seu código deontológico.

Na concretização das intervenções de enfermagem descritas nos parágrafos anteriores foi fundamental ter presente o princípio defendido por Lazure (1994), onde a autora afirma que a profissão de enfermagem é essencialmente uma profissão de ajuda, exercendo a sua ação junto da pessoa através da relação de ajuda. Esta relação tem por objetivo dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, escolher e decidir se ele quer e/ou deve mudar, defendendo assim que na relação de ajuda, um dos intervenientes deve procurar promover no outro a mobilização dos recursos internos ou externos. Esta perspetiva implica que o enfermeiro mantenha a convicção que o cliente, independentemente do seu problema de saúde, é o único sujeito possuidor dos recursos básicos para os solucionar.

A operacionalização da evidência promove uma reflexão crítica e construtiva sobre as práticas diárias, algumas das quais realizadas com base na tradição, em procedimentos pré-estabelecidos e até institucionalizados, que podem não ser baseados em evidência científica sólida, apenas pelo fato de terem sido assim aprendidos e ainda hoje se realizarem. Quando o enfermeiro reflete e questiona a sua prática, até mesmo quando identifica eventos adversos, promove o pensamento crítico, faz realçar lacunas/hiatos de informação, levando à identificação de necessidades de informação (Craig & Smyth, 2004). Nesta linha de pensamento emerge o segundo objetivo, *Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa intervencionada, no âmbito da prevenção da lesão por pressão do intraoperatório*, que surge após reflexão e análise crítica sobre as práticas de enfermagem preconizadas para um posicionamento cirúrgico seguro, nomeadamente na prevenção da lesão por pressão, as intervenções de enfermagem observadas aquando do posicionamento cirúrgico do cliente, em contexto de estágio e em contexto da prática profissional, observação de casos de lesões por pressão

de grau I decorrentes do intraoperatório, assim como constatação do desconhecimento da temática por parte dos profissionais de saúde. Por forma a promover mudança de comportamentos com vista à qualidade e segurança dos cuidados foi realizada uma revisão sistemática de literatura, abordada no capítulo 2. Surge também pelo dever que nos assiste no contributo para a investigação que promove a prática de enfermagem, analisando, concebendo e implementando resultados da evidência, em especial na nossa área de estudos especializados. Deste modo o referido trabalho contribuiu decisivamente para o desenvolvimento de competências na área da investigação, considerando a metodologia de trabalho utilizada para a sustentação e validação da investigação e para a promoção de uma prática de enfermagem baseada na evidência.

A produção de conhecimento em enfermagem deve ser acompanhada pela sua publicação ou transmissão aos semelhantes contribuindo ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que foi transformado em formato de poster (Apêndice I) e apresentado no IV Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A sua apresentação pretendia despertar para a importância e valorização da temática, promover o desenvolvimento de novas capacidades e conseqüentemente mudar atitudes e comportamentos, uma vez que a formação é a área de atuação onde o enfermeiro especialista espelha mais os seus contributos, na medida em que diagnostica as necessidades formativas da equipa e intervém junto dela, no sentido de mudar metodologias e melhorar a qualidade do exercício profissional. O objetivo pretendido foi alcançado, tanto a nível individual, como a nível do grupo de trabalho em estágio e no serviço onde exerço funções, no entanto ainda existe o desejo de continuar a produzir trabalho face a esta temática, porque a formação centrada no desenvolvimento pessoal e global, na criatividade, no desenvolvimento de projetos pessoais, na consciencialização das perceções e centrada na capacidade de análise contribui para a qualidade de cuidados.

O exercício profissional, durante este percurso visou demonstrar elevado grau de excelência de desempenho profissional com eficácia na utilização dos recursos existentes, minimizando sempre os riscos e fomentando a satisfação do cliente, procurando valores de excelência nos indicadores de saúde. Face a isto, torna-se importante destacar os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011), com as sete categorias de enunciados descritivos, que norteou e referenciou a prática durante o referido estágio: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Nesta perspetiva considero ter consolidado todas estas dimensões, pretendendo manter como reflexo do meu desempenho profissional enquanto enfermeira especialista, associada a uma procura dos melhores resultados de evidência científica, como forma de permitir a

prestação de cuidados especializados, consciente de que a melhoria de qualidade é contínua, tal como o nosso aperfeiçoamento e desenvolvimento.

4.CONCLUSÃO

A reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências, durante a elaboração deste relatório, revelou-se extremamente construtiva, enriquecedora e produtiva, permitindo a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado quer a nível profissional quer a nível académico, que contribuíram para a minha transformação pessoal e profissional. Possibilitando sobretudo criar a minha própria avaliação através da reflexão diária de comportamentos e atitudes evidenciando as minhas limitações, construído itens de aprendizagem, bem como uma base sólida de conhecimentos e experiências que me permitirá desenvolver um futuro como enfermeira especialista empenhada numa prática de cuidados de enfermagem de qualidade.

Todo este trajeto realizado foi sem dúvida um espaço de aprendizagem de importância vital, que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, contribuindo para o desenvolvimento de boas práticas em contexto de prestação de cuidados.

Pelo fato de definir para mim como fator primordial para o desenvolvimento e crescimento autónomo e contínuo, a capacidade de analisar de forma sistemática e com sentido crítico as minhas ações, atualmente tenho consciência que a minha autoavaliação sobre o desempenho diário é certamente mais refletida, logo mais criteriosa, onde o discurso agora proferido evidencia pesquisas efetuadas, discussões mantidas, avaliações diversas com o supremo objetivo da excelência dos cuidados. Hoje tenho bastante consolidado que é nosso dever, garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planejar e concretizar ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação, sentindo que com esta formação, direcionei a minha atenção e dedicação para esta dimensão da enfermagem.

A presente redação permitiu dar relevância à atitude crítico-reflexiva mantida durante os estágios, realçando as atividades desenvolvidas mais pertinentes para a aprendizagem. Com desenvolvimento pessoal e profissional a prática reflexiva permite-nos desenvolver qualidades inerentes do ser humano como a humildade para com saberes diferenciados, impulsionando-nos para campos de pesquisa mais alargados, a tolerância para com opiniões e visões distintas, o sentido crítico através da seleção e gestão dos diferentes conhecimentos, a ambição para prosseguir um

projeto de mudança e a sensatez para lidar com as sempre presentes críticas, dando um papel de relevo às diferentes fases de desenvolvimento.

O desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas e culturais, na perspectiva do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, alicerçou-se na obtenção de um conjunto de conhecimentos baseados na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades do cliente crítico. Estas dimensões permitem hoje ter a plena consciência que, a prática baseada na evidência como elemento essencial para o desenvolvimento profissional, estimulada por esta formação, proporciona diariamente ganhos para a minha prestação de cuidados e conseqüentemente melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste momento sinto que estou a crescer no sentido de uma profissional mais interessada, mais conhecedora, mais enfermeira, querendo aumentar os seus conhecimentos, estimulando a minha própria aprendizagem, partindo de reflexões sobre experiências da prática e procurando a melhor evidência científica para as minhas intervenções serem potencialmente passíveis de mudança, contribuindo para a melhoria da qualidade, eficiência e eficácia dos cuidados, com satisfação das pessoas, profissionais, subsistemas e organizações.

De realçar que alguns obstáculos e momentos pouco motivadores surgiram, mas a fulcral orientação e supervisão das Enfermeiras Orientadoras, assim como da Professora Isabel, permitiu realizar o desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo deste percurso, com o desenvolvimento de processos de tomada de decisão e raciocínio, baseados na reflexão na e sobre a ação de forma crítica, como intermediária para a construção e aplicação de argumentos rigorosos.

Chegado ao fim deste percurso formativo, paira o sentimento de missão e objetivos atingidos, com a ambição de continuar a contribuir para a qualidade dos cuidados e excelência no exercício da profissão, quer através de ações a desenvolver na prática, quer contribuindo para a formação de futuros profissionais e de pares ou ainda pela investigação sustentável que possa alargar as bases científicas que fundamentam a nossa *praxis*.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ascensão, H. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.*

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados.* Loures: Lusodidacta.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists. (2012). *Recommendations on Minimum Facilities for Safe Administration Of Anaesthesia in Operating Suites and Other Anaesthetising Locations*, 1-6.

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

Boering, B.A., et al. (2007). *Trauma Nursing Core Course, Provider Manual.* 6ª edição. United States of America: Emergency Nurses Association.

Craig, J.V., & Smyth, R.L. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros.* Loures: Lusocência.

Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências – contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado.* Revista de Enfermagem Referência.

Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para agir.* Lisboa: Almedina, 2014.

Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. (2001) *Rede hospitalar de urgência/emergência.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Ministério da Saúde. Março de 2010. Retirado de www.dgs.pt.

Direção Geral de Saúde. (2012). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes- NOTIFICA*. Retirado de: <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015 - Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Retirado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>

Esquinas, A.M. (2011). *Princípios da ventilação mecânica não invasiva do hospital ao domicílio*. Tipografia do Ave.

European Resuscitation Council. (2010). *Guidelines for Resuscitation 2010*. Retirado em 2016, de: <http://www.cprguidelines.eu/2010/>

Ferreira, C., & Magalhães, G. (2002). *Conhecer o utente para cuidar no bloco operatório*. Nursing. Lisboa. 172, 19-23.

Ferreira, S., et al. (2009). *Ventilação não invasiva*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 15 (4), 655-667. Retirado de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087321592009000400006&script=sci_arttext. ISSN 0873-2159.

Ferreira, A.C. (2010). *O cuidar de si, como pessoa. Como o fazem os enfermeiros perioperatórios?* Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Retirado de <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/26916?mode=simple>.

Ferreira, A., & Madeira, M. (2011). *A dor torácica na sala de emergência*. Revista Interdisciplinar Novafapi, 4 (1),50-56.

Fonseca, S. (2007). *A gestão de conflitos no bloco operatório e as dinâmicas de grupo*. Revista AESOP, 8 (24).

Gomes, C., et al. (2010). *Programa de orientação de alunos em Estágio clínico*. Sinais Vitais, 91,50-57.

Inaba, L.C., Silva, M.J., & Telles, S. (2005). *Cliente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem USP, 39 (4), 423-429. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Leite, E., et al. (1991). *Trabalho de projecto*. (2ª edição) Porto: Edições Afrontamento.

Massada, S.R. (2002). *Grupo de Trauma do Hospital de S. João. Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave: Normas de orientação Clínica e Administrativa*. Porto: MEDISA – Edições e Divulgações Científicas. Retirado de <file:///C:/Users/Casa/Downloads/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20Ressuscita%C3%A7%C3%A3o%20do%20doente%20com%20trauma.pdf>

Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde. Lisboa, Portugal.

Ministério da Saúde. *Despacho nº 10319/2014*. Diário da República, 2ª série-Nº152-11 de agosto de 2014. Retirado de: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>

Ministério da Saúde. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Retirado de <https://www.dgs.pt/.../plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf>.

Oliveira, D., et al. (2008). *Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 28, p.36-41

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos do Concelho de Enfermagem. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de Posição Sobre a Segurança do Cliente*. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Enunciado de Posição- Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. 15 de março de 2007. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceepessoasituacaocritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Linhas orientadoras para a segurança cirúrgica da OMS: Cirurgia segura salva vidas*. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/8/9789241598552_por.pdf

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

Perrenoud, P. (2003). *A prática reflexiva no ofício do professor*. Artmed Editora S.A. Profissionalização e razão pedagógica.

Rego, A. (2010). *Reformas no Sector da Saúde – A Equidade em Cuidados Intensivos*. Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda., Lisboa.

Regulamento n.º 124/2011- *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, Ministério da Saúde. Lisboa. Retirado a 26 abril 2016, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticiasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Saraiva, A.M. (1999). *O doente inconsciente e a efectividade da comunicação através do toque*. *Revista Nursing*, 36-40.

Silva, A., & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Formasau, Coimbra.

Simões, A.J. (2008). *Motivações e Expectativas Profissionais dos Estudantes de Enfermagem – Estudo numa Escola da Área de Lisboa*. Universidade Aberta: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Como Requisito para Obtenção de Grau de Mestre. Coordenadora: Professora Doutora Natália Ramos Orientador: Professor Doutor Fausto Amaro.

Stefanelli, M. (1993). *Relacionamento Terapêutico Enfermeira-Cliente*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36-45.

Vargas, M. (2010). *Gestão de conflitos e desgaste profissional no bloco operatório*. Retirado de <http://reportorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1702/3/GEST%C3%83%20DE%CONFLITOS.pdf>.

World Health Organization (2009). *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. Geneva: World Health Organization. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44061/1/9789241597746_eng.pdf

APÊNDICES

Apêndice I- Poster de Revisão Sistemática de Literatura: Prevenção de Lesão por Pressão do
Intraoperatório: Uma Prática de Enfermagem Avançada



Prevenção de Lesão por Pressão do Intraoperatório: Uma Prática de Enfermagem Avançada

Autores: Rita Maurício¹, Isabel Rebelo²

¹ Enfermeira, Bloco Operatório Central, HDS, Estádio de Mestrado UCP-ICS, Lisboa, Portugal
² Doutora em Enfermagem e Especialidade Educação em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

A literatura assume o aparecimento de lesões por pressão decorrentes do intraoperatório como um risco para os doentes submetidos a cirurgia^{1,2,3,8-11}, com consequências negativas quer para o cliente quer para a instituição, sendo classificadas como um evento adverso dos cuidados de saúde^{1,3,5,6,8,9}, pelo que a sua prevenção constitui uma oportunidade para melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem^{1,3,5,4,11}.

OBJETIVO

Identificar as intervenções de enfermagem na prevenção da lesão por pressão, do Intraoperatório.

Questão PICO

Quais os cuidados de enfermagem específicos que previnem o aparecimento de lesões por pressão, do Intraoperatório.

METODOLOGIA

Pesquisa realizada no EBSCO a 16 de Outubro de 2016

Bases de Dados

CINAHL Complete

MEDLINE Complete

Limitadores de Pesquisa

Data de Publicação: Janeiro 2009 a Setembro 2016

Texto Completo

Resumo Disponível

Inglês e Português

Adultos e Idosos

Descritores

Perioperative Nursing AND Patient Positioning AND Pressure Ulcer* AND Prevention* AND Perioperative Injury

Pós Leitura de Títulos

Selecionados 11 artigos

Fatores de Risco Extrínsecos e Intrínsecos
2,3,4,5,6,7,8,9,11

Avaliação cutânea
2,3,7,8,9,10,11

Comunicação
2,8,10

PRÉ
OPERATÓRIO

INTRA-
OPERATÓRIO



PÓS-
OPERATÓRIO

Continuidade de Cuidados:
Avaliação Cutânea até à alta
3,4,6,8,10,11

Mobilização precoce
1,4

Gestão dos locais de pressão
1,2,4,8

Avaliação do Risco:

Escala de Braden, Munro,
Scott Triggers
2,3,5,7,8,9,10

Superfícies de alívio de pressão
2,4,7,8,9,10

Placas/Pensos Protetores
2,9

Normotermia e
Estabilidade Hemodinâmica
3,4,9,11

Reposicionar doente
2,3,5,6,8,11

Avaliação Cutânea
2,3,6,8,9,10,11

Comunicação
2,8,9

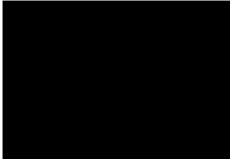
CONCLUSÃO

A prevenção destas lesões começa antes da cirurgia, continua no bloco e é imperativo manter durante a recuperação cirúrgica e anestésica. Apesar de atualmente, esta dimensão ser alvo de interesse e investigação, continua a constituir uma problemática, sendo fundamental educar os profissionais de saúde sobre a importância da avaliação de risco e as práticas de posicionamento seguro, assim como consciencializar para a melhoria contínua da qualidade de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Reynolds, R., Arnold, R., Boudreau, N., Cochrane, S., Lapadula, S. (2015). The occurrence of pressure sores in the intraoperative period in post-operative cancer. *Nursing*, 28 (5), 34-38
- Reid, J., Powell, D., Sault, E. (2015). Turning the pressure pressure clock in the surgical patient. *Nursing International*, 24 (5), 10-15
- Sullivan, S., Moore, J., Pugh, R., Palmer, C., Pines, A. (2012). A longitudinal study of the incidence of pressure sores and the associated financial charges related to them operating theatres. *Journal of Perioperative Practice*, 22 (5), 31-35
- Correa, T., Ridge, J.A., Boyd-Wheeler, L., Steen, L., Miller, P. (2015). Identification of pre-operative and intra-operative variables predictive of pressure ulcer development in patients undergoing orthopedic arthroplasties. *Orthopedic Nursing*, 29 (5), 38-40
- Zeng, S., Pan, C., Li, J., Jiang, P., Li, H., Li, T., Tian, H., Li, Z., Song, F. (2016). Incidence and predictors of pressure ulcers in surgical patients: experience at a medical center in China. *Wound, Wound Research, Wound Care, Wound Management*, 2016 (2016). <https://doi.org/10.1089/wound.2016.0183>
- Landry, J.L., McE. A., Tuckman, L. A. (2015). Relationship between preoperative patient positioning and pressure ulcer development. *Journal of Clinical Gerontology*, 20 (2), 188-205
- Petersen, M., Pinedo, G., McCann, C., Ward, S., Ho, J., Schuler, M., Savelbergh, G., Marshall, M. (2015). Pressure ulcer prevention and risk factors during surgical procedures. *ACORN Journal*, 3 (4), 201-206
- Dani, J. (2015). Progress and Challenges in Perioperative Pressure Ulcer Prevention. (unpublished). *Journal of Wound Nursing*, 32 (5), 28-32
- Reid, J. (2015). Perioperative Pressure Ulcers: Prevention and Evidence-Based Programs for Reducing Risk. (unpublished). *Perioperative Practice*, 25 (2), 10-14
- Reynolds, R. (2015). Reducing Pressure Ulcers: Perioperative Pressure Ulcers. (unpublished). *ACORN Journal*, 3 (2), 10-14
- Reynolds, R. (2015). Reducing Pressure Ulcers: Perioperative Pressure Ulcers. (unpublished). *ACORN Journal*, 3 (2), 10-14
- Reynolds, R. (2015). Reducing Pressure Ulcers: Perioperative Pressure Ulcers. (unpublished). *ACORN Journal*, 3 (2), 10-14
- Reynolds, R. (2015). Reducing Pressure Ulcers: Perioperative Pressure Ulcers. (unpublished). *ACORN Journal*, 3 (2), 10-14

Apêndice II- Instrução de Trabalho da Sala de Emergência: Kits de Procedimentos Específicos

| | | | |
|---|---|-------------|--|
|  | INSTRUÇÃO DE TRABALHO | Código | |
| | | Página 1 /5 | |
| | | Revisão nº: | |
| | | Data: | |
| Instrução: | Kits de Procedimentos Específicos | | |
| Elaborado por: | Enf. ^a Rita M. Enf. ^a Sandra M., Enf. ^a Patrícia C. | | |
| Data: | 18 de dezembro de 2016 | | |
| Destinatários: | Enfermeiros do Serviço de Urgência | | |
| Responsáveis: | Os enfermeiros responsáveis pela verificação e reposição diária da Sala de Emergência: o enfermeiro distribuído na sala de emergência ou Enfermeiro Responsável de Equipa | | |
| Descrição: | <p>Na Sala de Emergência (SE) são admitidos clientes críticos, em risco de vida que requerem cuidados imediatos, que determinam, muitas vezes, a sua sobrevivência, ou ainda, no caso específico da SE procedimentos específicos como colocação de cateter venoso central, drenagem torácica, punção lombar, entre outros. O que faz com que a SE seja dotada de equipamento, material clínico e farmacêutico adequado para responder a situações de urgência/emergência. Deste modo, devido à multiplicidade de patologias que determinam a admissão de clientes em situação crítica na SE, bem como a complexidade da equipa multidisciplinar que atua no Serviço de Urgência é fundamental a existência de uma sala funcional, organizada e intuitiva, que permita responder eficientemente a todas as situações de urgência/emergência. Segundo Massada (2002), a organização das equipas de emergência e funcionalidade das SE, existem axiomas fundamentais que não podem ser descurados, designadamente preparar atempadamente a SE para início de uma ressuscitação; tornar material de emergência bem visível, rotulado e de fácil acesso; protocolar os procedimentos e preparar o material para uso imediato. Na mesma dimensão, também a Organização Mundial de Saúde recomenda a normalização dos procedimentos nestas salas, de modo a promover a eficiência e eficácia dos procedimentos realizados a pessoas em situação crítica (World Health Organization, 2009).</p> | | |
| Objetivo: | Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da reestruturação e organização funcional da Sala de Emergência | | |
| Aprovado por: | | | |

FLUXOGRAMA

| KITS DE PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS | |
|---|---|
| VIA AÉREA | |
| CRICOTIROTOMIA/TRAQUEOSTOMIA | |
| Lâmina para tricotomia (1) Kit de pequena cirurgia (1) Taça esterilizada (1) Kit cricotiroidectomia emergência, com balão (1) Kit de minitraqueostomia (1) Lâmina Nº 11/24 (1) Cânula traqueostomia Com cuff nº 6 (1) e 8 (1) Sem cuff nº 8 (1) Bata esterilizada L (1) e XL (1) Luvas esterilizadas Nº6,5/ 7/ 7,5 (2) Campo esterilizado com orifício (1) | Campo esterilizado sem orifício (2) Compressas esterilizadas 10x10 cm (2) Compressas esterilizadas 20x30 cm (2) Linha de sutura- Nylon 3/0 Lanceolado (1) Lidocaína 2% (1) Transfere (1) Seringa 10ml (1) Agulha Diluição (1) Agulha SC (1) Cabo monopolar e gerador (1) (Pedir ao B.O.) Filtro Humidificador (1) Penso de Traqueostomia (1) |
| VENTILAÇÃO | |
| DRENAGEM DE PNEUMOTORAX/HEMOTORAX | |
| Lâmina para tricotomia (1) Kit de sutura (1) Taça esterilizada (1) Dreno torácico Silicone Nº 24 (1) e 27 (1) Cateter com trocar Nº 12 (1)/ 16 (1)/ 20 (1) Sistema de drenagem torácica (1) Água bidestilada 500ml (1) Válvula heimlich (1) Bata esterilizada L (1) e XL (1) Luvas esterilizadas Nº 6,5/ 7/ 7,5 (2) Campo esterilizado com orifício (1) | Campo esterilizado sem orifício (2) Compressas esterilizadas 10x10 cm (2) Compressas esterilizadas 20x30 cm (2) Lamina Nº24 (1) Linha de sutura- Nylon 2/0 Lanceolado (1) Lidocaína 2% (1) Transfere (1) Seringa de 10ml (1) Agulha diluição (1) Agulha SC (1) Tiras de adesivo (2) |
| DRENAGEM DE DERRAME PLEURAL | |
| Dreno Pleurocam (1) Bata esterilizada L (1) e XL (1) Luvas esterilizadas Nº 6,5/ 7/ 7,5 (2) Campo esterilizado com orifício (1) Campo esterilizado sem orifício (1) Compressas esterilizadas 10x10 cm (2) Compressas esterilizadas 20x30 cm (2) | Lamina Nº15 (1) Lidocaína 2% (1) Transfere (1) Seringa de 10ml (1) Agulha diluição (1) Agulha SC (1) |
| CIRCULAÇÃO | |
| CATETER VENOSO CENTRAL | |
| KIT 1 | KIT 2 |
| Lâmina para tricotomia (1) Kit de Cateter Central (1) Taça esterilizada (2) | Lâmina para tricotomia (1) Kit de Cateter Central (1) Taça esterilizada (2) |

| | |
|--|--|
| Cateter central 3 lumens (1) Bata esterilizada L (1) e XL (1) Luvas esterilizadas Nº 6,5/ 7/ 7,5 (2) Campo esterilizado sem orifício (2) Compressas esterilizadas 10x10 cm (2) Lâmina Nº15 (1) Linha de sutura- Nylon 2/0 Lanceolado (1) Lidocaína 2% (1) Transfere (1) Seringa de 10ml (1) Agulha diluição (1) Agulha SC (1) / IV (1) Soro Fisiológico 100ml (1) Sistema soro (3) Torneira de 3 vias (3) Prolongamento 25cm (3) Clorhexidina Corada (1) Penso de cateter central (1) | Cateter central 3 lumens (1) Bata esterilizada L (1) e XL (1) Luvas esterilizadas Nº 6,5/ 7/ 7,5 (2) Campo esterilizado sem orifício (2) Compressas esterilizadas 10x10 cm (2) Lâmina Nº15 (1) Linha de sutura- Nylon 2/0 Lanceolado (1) Lidocaína 2% (1) Transfere (1) Seringa de 10ml (1) Agulha diluição (1) Agulha SC (1) / IV (1) Soro Fisiológico 100ml (1) Sistema soro (3) Torneira de 3 vias (3) Prolongamento 25cm (3) Clorhexidina Corada (1) Penso de cateter central (1) |
| PACEMAKER PROVISÓRIO | |
| Lâmina para tricotomia (1) Kit de Sutura (1) Taça esterilizada (2) Bata esterilizada L (1) e XL (1) Luvas esterilizadas Nº6,5/ 7/ 7,5 (2) Campo esterilizado com orifício (1) Campo esterilizado sem orifício (2) Compressas esterilizadas 10x10 cm (2) Lâmina Nº15 (1) | Linha de sutura- Nylon 2/0 Lanceolado (1) Lidocaína 2% (1) Transfere (1) Seringa de 10ml (1) Agulha diluição (1) Agulha SC (1) Gerador e Kit Pacemaker Provisório (1) (Pedir ao Serviço de Cardiologia) |
| DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA | |
| PUNÇÃO LOMBAR | |
| Bata Esterilizada L (1) e XL (1) Luvas Esterilizadas Nº6,5/ 7/ 7,5 (2) Máscara Cirúrgica (2) Campo esterilizado com orifício (1) Agulha de punção lombar 20G (2) | Agulha de punção Lombar 22G (2) Compressas esterilizadas 10x10cm (2) Penso com apósito (1) Tubos de LCR (3) |
| EXPOSIÇÃO | |
| QUEIMADOS | |
| Lençol esterilizado (2) Compressas de queimados (6) SF 500ml de lavagem (2) Compressas esterilizadas 10x10 cm (2) | Compressas esterilizadas 20x30 cm (7) Compressa de Gaze Gorda (16) Ligadura Elástica 15 cm (4) Ligadura Elástica 20 cm (4) |
| OUTROS | |
| ALGALIAÇÃO | |
| Luvas esterilizadas Nº 6,5/ 7/ 7,5 (2) | Algália Silastic 3 vias Nº 16 (1)/18(1)/20(1)/22(1) |

| | |
|---|--|
| Compressas esterilizadas 20x30 cm (2) Campo esterilizado com orifício 60x50 cm (1) Gel lubrificante esterilizado 6ml (1), 11ml (1) Seringa 20cc (1) Água bidestilada 10ml (2) Soro fisiológico 500ml de lavagem (1) Algália Foley Nº 14 (1) / 16 (1) / 18 (1) Algália Silastic Nº 14 (1) / 16 (1) / 18 (1) | Saco colector esterilizado (1) Fixador de algália (1) Sistema soro (1) Conector sonda/seringa (1) Seringa vesical 50ml (1) Urimiter (1) Contentores para Colheita de Urina (2) Cateter suprapúbico (1) |
| ENTUBAÇÃO NASO/OROGÁSTRICA/ LAVAGEM GÁSTRICA | |
| Sonda gástrica Nº 16 (1) Sonda gástrica duplo lúmen Nº 18 (1) Sonda de Blakemore (1) Lidocaína 2% gel (1) Saco colector (1) | Seringa vesical 50ml (1) Tampa para sonda nasogástrica (1) Adesivo Fixador de Sonda (1) Carvão ativado (1) Conexão em Y (1) |
| VIA AÉREA | |
| Cabo laringoscópio (1) Máscara facial nº 2 (2) / 3 (2) / 4 (2) / 5 (2) Filtro antibacteriano humidificador (4) Traqueia em harmónio (4) Lâminas de laringoscópio descartáveis Nº 3 / 4 (4) TET Nº 6,5 (4) / 7 (4) / 7,5 (4) / 8 (4) Tubo Guedel Nº 2 (4) / 3 (4) / 4 (4) Tubo Nasofaríngeo Nº 6 (2) / 7 (2) / 8 (2) Condutor Médio (4) e Largo (4) Fio guia Frova (4) Adaptador COOK para Fio guia FROVA (4) Fio guia Eischman (1) Mascaras I-GEL Nº 3 (2) / 4 (2) / 5 (2) Laringoscópio Ótico Small (2) e Regular (2) | Gel lubrificante hidrossolúvel (1) Cânulas de aspiração rígidas Yankaeur (4) Peça em T (4) Mascara VNI Nº S (2) / M (2) / L (2) Traqueia para ventilador V60 (4) Traqueia descartável para Osiris (4) Traqueia esterilizada para Osiris (3) Válvula esterilizada para Osiris (3) Insuflador Manual (4) Tubo de Oxigénio (4) Válvula Insuflador Manual (4) Tampa para Insuflador Manual (4) Filtro Antibacteriano Humidificador (4) |
| DIVERSOS | |
| Talas Pequenas (4), Médias (4) e Grandes (4) | Colar Cervical Small (2) / Medio (2) / Large (2) |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). Um ano de reflexão e mudança. Porto, Administração Regional de Saúde do Norte. Retirado a 16 novembro 2016, de http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/GRP/Livro%20CRDC/Livro_CRDC.pdf

Décio, P. (2008). *Reestruturação da Sala de Emergência*. Revista Portuguesa de Cardiologia, 27 (7-8). 903-906.

Direção Geral de Saúde. (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Circular Normativa N°: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Ministério da Saúde. Março de 2010. Retirado a 6 novembro 2016, de: www.dgs.pt.

Ferreira, F., Andrade, J., Mesquita, A., et al. (2008). *Sala de Emergência - Análise e Avaliação de um Modelo Orgânico Funcional*. Revista Portuguesa de Cardiologia; 27 (7-8), 889-900.

Grupo de Trabalho Urgências. (2006). *O serviço de urgência: Recomendações para a organização de cuidados urgentes e emergentes*. Hospitais EPE do Ministério da Saúde. Retirado a 10 outubro 2016, de http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf

Massada, SR. (2002). *Grupo de Trauma do Hospital de S. João. Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave: Normas de orientação Clínica e Administrativa*. 1 ed. Porto: MEDISA – Edições e Divulgações Científicas, Lda; 3-4. Retirado a 10 outubro 2016, de <file:///C:/Users/Casa/Downloads/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20Ressuscita%C3%A7%C3%A3o%20do%20doente%20com%20trauma.pdf>

World Health Organization (2009). *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. Geneva: World Health Organization. Retirado a 15 outubro 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44061/1/9789241597746_eng.pdf

Apêndice III- Revisão Sistemática de Literatura: Prevenção de Úlcera por Pressão da Face, na Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva: Uma Prática de Enfermagem Avançada

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Atualmente, a investigação em enfermagem é uma prática obrigatória. Constitui uma ferramenta essencial na produção de conhecimento e na transformação da atual realidade dos cuidados de enfermagem, para um outro paradigma, fundamentado pela investigação contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A prática dos cuidados é uma fonte inesgotável de questionamento, que só poderá ser respondida através da investigação, podendo esta disciplina cumprir um dos seus principais objetivos e fornecer orientações para a prática (Basto, 2008). Os cuidados de enfermagem em diversos contextos não só incluem o tratar, mas abrangem outras esferas, como observação, comunicação e conforto, e os enfermeiros necessitam de mobilizar múltiplos conhecimentos fundamentados em evidência, e que ultrapassam as ciências médicas e incluem as ciências comportamentais e sociais (Craig & Smyth, 2004).

A Prática Baseada na Evidência é “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, (...) para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” Benner (2001, p 12). A sua transposição para a Enfermagem é definida como um processo, no qual, os problemas surgem como questões, cujas respostas são avaliadas de forma sistemática a partir dos resultados da investigação mais recente, servindo de base à tomada de decisões (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Assim como um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados de enfermagem, fundamentados na localização e integração dos melhores resultados científicos obtidos, provenientes da investigação realizada e aplicada à diversidade da prática dos cuidados de enfermagem (Toro, 2001).

O conhecimento produzido pela investigação tem aplicabilidade na prática, quando, ao olhar para a realidade, identifica lacunas da prática potencialmente passíveis de serem mudadas, contribuindo para a melhoria da qualidade, eficiência e eficácia dos cuidados, com satisfação para clientes, profissionais, subsistemas e organizações.

RESUMO

A ventilação Não Invasiva (VNI) proporciona suporte ventilatório eficaz no tratamento da insuficiência respiratória, sem recurso a entubação endotraqueal e ventilação mecânica invasiva.

Embora o uso de VNI melhore os resultados clínicos, algumas complicações e efeitos secundários têm sido documentados na prática clínica. A úlcera da face no local de maior pressão e contato da interface com a pele é a complicação mais documentada, contribuindo para o fracasso desta intervenção terapêutica. **Objetivo:** Identificar os cuidados de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão da face, na pessoa submetida a VNI. **Material e Métodos:** Tendo como base a metodologia PICO, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, com recurso a pesquisa no EBSCO através das bases de dados CINAHL e MEDLINE, selecionados artigos entre 2009/01/01 e 2015/12/31, utilizando os descritores Skin, OR face of pressure ulcer, OR mask*, OR interfaces, OR noninvasive ventilation AND noninvasive ventilation, OR positive pressure ventilation, OR continuous positive airway pressure. Após leitura de títulos, foram selecionados 10 artigos. **Resultados:** O ajuste confortável da interface, a rotatividade entre tipos de interface, a possibilidade de opção da interface facial total e a colocação de apósitos hidrocolóides ou pensos de proteção dérmica assumem-se, como intervenções essenciais na prevenção da úlcera por pressão, promovendo conforto e tolerância do cliente, assim como a minimização de consequentes complicações. **Conclusão:** Ao tratar-se de uma intervenção terapêutica cada vez mais assumida em contexto hospitalar é fundamental que os profissionais estejam conscientes das intervenções a desenvolver na prevenção de complicações, intervenção e vigilância da pessoa submetida a VNI. A capacidade de proporcionar conforto, prevenindo lesões da pele da face, exige uma prática de enfermagem avançada baseada na evidência científica e em linhas de orientação que elevem os cuidados prestados ao cliente a um nível de excelência.

Palavras-Chave: úlcera por pressão; face; prevenção; cuidados de enfermagem; ventilação não invasiva

ABSTRACT

Noninvasive ventilation (NIV) provides effective ventilatory support in the treatment of respiratory failure, without the use of endotracheal intubation and invasive mechanical ventilation. Although the use of NIV improves clinical outcomes, some complications and side effects have been documented in clinical practice. The ulcer of the face at the site of greater pressure and contact of the interface with the skin is the most documented complication, contributing to the failure of this therapeutic intervention. **Objective:** To identify nursing care in the prevention of face pressure ulcer in the person submitted to NIV. **Material and Methods:** Based on the PICO methodology, a systematic review of the literature was carried out, using research in EBSCO through the CINAHL and MEDLINE databases, selected articles between 2009/01/01 and 2015/12/31, using the descriptors skin, OR face

of pressure ulcer, OR mask *, OR interfaces, OR noninvasive ventilation AND noninvasive ventilation, OR positive pressure ventilation, OR continuous positive airway pressure. After reading titles, 10 articles were selected. **Results:** The comfortable adjustment of the interface, the rotation between interface types, the possibility of choosing a full face mask and the placement of hydrocolloid dressings or dermal protection patches are taken as essential interventions to prevent pressure ulcer, promoting comfort and tolerance of the patient, as well as the minimization of consequent complications. **Conclusion:** When it is a therapeutic intervention increasingly assumed in a hospital context, it is fundamental that the professionals are aware of the interventions to be developed in the prevention of complications, intervention and surveillance of the person submitted to NIV. The ability to provide comfort, preventing facial skin lesions, requires advanced nursing practice based on scientific evidence and guidelines that elevate patient care to a level of excellence.

Key words: pressure ulcer; face; prevention; nursing care; non-invasive ventilation.

INTRODUÇÃO

A ventilação não invasiva (VNI) consiste na aplicação de um suporte de ventilação mecânica em clientes com insuficiência respiratória, sem a exigência de uma via aérea invasiva artificial (Belchior, Gonçalves & Winck, 2012; Chacur, Felipe, Fernandes & Lazzarini, 2011). Evidências suportam o uso de VNI em clientes com síndrome de hipoventilação derivado da obesidade e em clientes com insuficiência respiratória crônica relacionada com a doença neuromuscular, assim como em clientes com insuficiência respiratória crônica estável, que necessitam de suporte ventilatório prolongado, uma vez que a VNI é preferível ao suporte invasivo por traqueostomia (Hess, 2012). Por seu lado Chacur, Felipe, Fernandes & Lazzarini (2011), afirmam que as principais indicações para VNI são o tratamento de exacerbações agudas de clientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, edema agudo pulmonar cardiogénico e infecção pulmonar ou como um método auxiliar no desmame da ventilação mecânica invasiva, enquanto Schallom et al. (2015), especificam que o objetivo da ventilação não invasiva é aliviar sintomas associados como a hipoventilação, exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica, ou insuficiência respiratória iminente; melhorar as trocas gasosas; maximizar conforto dos clientes e evitar a intubação e ventilação invasiva. De acordo com o Cuvelier et al. (2009), a ventilação não invasiva reduz o trabalho respiratório, a necessidade de entubação endotraqueal, a duração do tempo de internamento, as taxas de mortalidade e a incidência de complicações em clientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência respiratória aguda. Yamaguti et al. (2014) acrescentam também que a referida tipologia de ventilação apresenta menor incidência de estenose da laringe e pneumonia, bem como uma redução na necessidade de sedativos

ou curarizantes, no tempo de internamento hospitalar e mortalidade, sendo classificados estes aspetos como vantagens desta tipologia de ventilação. Daí que vários autores, nomeadamente Ahmad, Venus, Kisku & Rayatt (2013) e Maruccia, Ruggieri, & Onesti (2015), anunciem como um dos principais avanços técnicos em cuidados respiratórios durante a última década.

Na ventilação não invasiva de acordo com Yamaguti et al. (2014) são utilizados métodos de ventilação artificial sem recorrer a um tubo endotraqueal, mas através de interfaces nasais, faciais, entre outros (Maruccia, Ruggieri & Onesti, 2015), com o intuito de reduzir as complicações associadas com a entubação endotraqueal em clientes sob ventilação mecânica (Belchior, 2012). De acordo com Pinto (2013), apesar de existirem inúmeros tipos de interfaces, as faciais e as nasais continuam a ser as mais comumente utilizadas. O mesmo autor afirma ainda, que independentemente do tipo de interface selecionado, é fundamental que a mesma seja flexível para facilitar a adaptação à fisionomia facial do cliente, confortável e leve para diminuir o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão da face. Segundo Nava, Navalesi, & Gregoretti (2009), não existe interface perfeita para a VNI. A escolha da mesma requer uma avaliação cuidadosa das características do cliente, modos de ventilação e tipo de insuficiência respiratória aguda. Todos os esforços devem ser feitos para minimizar fugas de ar, maximizar o conforto do cliente, e otimizar a interação cliente-ventilador. Assim a escolha da interface a utilizar é determinante no sucesso ou insucesso da VNI (Nava, 2009).

Alguns estudos demonstram que a utilização da VNI quando comparada com a ventilação invasiva está associada a um menor número de complicações. No entanto como qualquer medida terapêutica incita à ocorrência de eventos adversos, os quais Pinto (2013), classifica como major ou raras onde estão incluídas a congestão nasal, mucosas nasal e oral seca, dor a nível das orelhas, irritação ocular, distensão gástrica e fugas de ar. As complicações minor ou comuns estão relacionadas com a interface, pressão e fluxo, onde se insere a dor ou desconforto ao nível da face, as lesões provocadas pela pressão e a sensação de claustrofobia. Complicações confirmadas por Cuvelier et al. (2009), que durante o seu estudo registaram necrose da pele facial, conjuntivite, distensão gástrica, aspiração e claustrofobia associada com a interface.

Face a estas complicações Holanda et al. (2009), referem que a ventilação não invasiva falha em até 40 a 60% de casos, os problemas relacionados com a interface são a maioria dos efeitos adversos comuns, correspondendo a 50-100% de todas as complicações associadas, o que permite aos autores afirmar, que insucessos da ventilação não-invasiva têm sido relacionados como os efeitos adversos agudos decorrentes do uso de interfaces. Os mesmos autores ainda particularizam, ao afirmar que a lesão da pele no local de contato da interface é a complicação mais comum da ventilação mecânica não invasiva, premissa defendida pela maioria dos autores estudados,

recorrendo mesmo Schallom et al. (2015) a percentagem para garantirem que estudos publicados apontam para a incidência de úlceras por pressão faciais associadas à ventilação não-invasiva com valores de 10% a 31%. Yamaguti et al. (2014) caracterizam a lesão da face como uma das complicações mais graves relacionadas com a interface, nas regiões de maior pressão e contato entre a interface e a pele do cliente, onde a presença dessa mesma lesão pode aumentar o desconforto relatado pelo cliente, reduzindo a tolerância à interface e a taxa de sucesso da ventilação mecânica não invasiva.

A chave para o sucesso da ventilação não invasiva, por forma a melhorar os resultados clínicos de clientes com insuficiência respiratória aguda, têm de ter em consideração a cuidada seleção dos clientes e um protocolo clínico bem concebido (Belchior, 2012). Deste modo, os clientes submetidos a ventilação não invasiva necessitam de cuidados específicos, desde a escolha individualizada e adequada da interface, correta colocação, monitorização do cliente e prevenção desta tão referida complicação, concretizados através de intervenções de enfermagem (Pinto, 2013). Pelo que, o enfermeiro assume na aplicação da ventilação não invasiva um papel primordial.

De acordo com Noreña (2009), o cuidado de enfermagem com a qualidade engloba uma dimensão ética inerente aos aspetos da relação interpessoal, isto é, o estabelecimento de empatia e o respeito pela dignidade humana em contextos culturais diferentes, uma dimensão percetiva que envolve a capacidade de compreensão das necessidades do cliente e os modos de satisfazê-las, e uma dimensão científica e tecnológica que inclui a prestação de cuidados adequados, de acordo com o desenvolvimento científico, técnico e disciplinar.

Ao ter presente que a prática baseada em evidência científica promove a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, sendo necessário para a sua implementação em enfermagem é crucial a utilização de resultados de pesquisas na prestação dos cuidados (Galvão & Sawada, 2003), surge a presente revisão sistemática de literatura, a qual pretende adquirir, aprofundar conhecimentos e identificar as intervenções de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão da face, na pessoa submetida a ventilação mecânica não invasiva, promovendo a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

MATERIAL E MÉTODOS

A revisão sistemática de literatura é um dos métodos de investigação utilizado na prática baseada na evidência e tem como finalidade reunir e sintetizar os resultados de uma pesquisa sobre uma determina temática, permitindo consequentemente o aprofundamento do conhecimento da temática estudada (Benefield, 2013).

Como ponto de partida para a presente mesma foi formulada a questão de investigação em formato PICO (acrómio para cliente, intervenção, comparação e “outcomes”): Quais os cuidados de enfermagem específicos que previnem o aparecimento de úlceras por pressão da face, na pessoa submetida a ventilação não invasiva?

Com recurso a pesquisa no EBSCO através das bases de dados CINAHL e MEDLINE, considerados como critérios de inclusão, artigos entre janeiro 2009 e dezembro 2015, com texto completo, resumo disponível, textos em Inglês e Português, formato PDF enquadrados na faixa etária adulto e idoso e artigos focalizados na problemática em estudo.

Foram utilizados como descritores Skin, OR face of pressure ulcer, OR mask*, OR interfaces, OR noninvasive ventilation AND noninvasive ventilation, OR positive pressure ventilation, OR continuous positive airway pressure. Através desta pesquisa foram obtidos 46 artigos, dos quais após aplicados critérios de exclusão e posterior leitura de títulos e resumos, foram selecionados 10 artigos.

RESULTADOS

Quadro 1: Descrição dos estudos selecionados e principais resultados de investigação

| Estudo | Autor (es)/Ano | Principais resultados |
|---|--|--|
| E1: A case series of skin necrosis following use of non invasive ventilation pressure masks | Ahmad, Z., Venus, M., Kisku, W., Rayatt, S. / (2013) | <p>-Períodos de até 6-8 horas de uso contínuo são recomendadas de acordo com as diretrizes recentes.</p> <p>-existe a necessidade de uma vigilância clínica na aplicação de interfaces e a necessidade de monitorização da pele da face, mais especificamente do nariz, durante o uso de ventilação não invasiva.</p> <p>-a utilização de placas e pensos hidrocolóides ou de poliuretano a nível nasal reduz as taxas de lesões nasais significativamente e diminuiu a gravidade das lesões em casos de já existência da lesão.</p> |
| E2: Continuous Noninvasive Ventilation Delivered by a Novel Total Face Mask: A Case Series Report | Belchior, I., Gonçalves, M., Winck, J. / (2012) | <p>-A mais importante estratégia para evitar lesões da pele é evitar um ajuste excessivamente apertado das interfaces.</p> <p>-das várias medidas que podem ser utilizadas para prevenir a lesão da pele, a que se tem revelado mais importante, tem sido a redução da tensão das fitas da interface.</p> <p>-interfaces rotativas pode reduzir o risco de lesões na pele, por alterar a distribuição da pressão e fricção, especialmente na ponte do nariz.</p> <p>-o modelo de interface facial total, por não ter contato com a ponte do nariz, melhora o conforto e tolerância do cliente.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>-a utilização de uma interface facial total é uma eficaz solução para o problema de úlcera por pressão da face, em comparação com outras interfaces, proporcionando um suporte ventilatório muito mais confortável.</p> |
| E3: The Total Face Mask Is More Comfortable than the Oronasal Mask in Noninvasive Ventilation but Is Not Associated with Improved Outcome. | Chacur, F.H., Felipe, L.M., Fernandes, C.G., Lazzarini, L.C. / (2011) | <p>-A interface facial total permite que os clientes tolerem VNI por períodos mais longos, quando comparado com a interface oronasal, por esta ser mais confortável, sendo por isso uma alternativa em casos de intolerância à interface oronasal devido a dor e existência de úlcera por pressão da face.</p> <p>-a interface facial total devido ao seu conforto deve pelo menos estar disponível, como uma opção, em unidades onde VNI é rotineiramente aplicada.</p> |
| E4: Cephalic Versus Oronasal Mask for Noninvasive Ventilation in Acute Hypercapnic | Cuvelier, A., Pujol, W., Pramil, S., Molano, L., Viacroze, C., Muir, J. / (2009) | <p>-As interfaces oronasais estão associadas a efeitos secundários como, fugas de ar, desconforto e dor ao nível da ponte do nariz e úlceras por pressão face.</p> <p>-a interface facial total, pela sua configuração, diminui o risco de úlcera por pressão da face, podendo ser uma alternativa satisfatória face aquando da presença de desconforto/dor ou úlcera por pressão com mascarar oronasais.</p> |
| E5: Complications of Noninvasive Ventilation in Acute Care. Respir Care | Gay, P.C. / (2009) | <p>-Intervenções para redução do desconforto: diminuição da tensão das fitas; reposicionamento da interface; tentativa de utilização de outro tamanho ou tipo de interface/interface.</p> <p>-intervenções para a úlcera por pressão da ponte do nariz: diminuição da tensão das fitas, utilização de um espaçador na testa, utilização de pensos/placas hidrocolóide/poliuretano, utilização de outro tipo de interface.</p> |
| E6: Influence of total face, facial and nasal masks on short-term adverse effects during noninvasive ventilation. | Holanda, M.A., Reis, R.C., Winkeler, G.F., Fortaleza, S.C., Lima, J.W., Pereira, E.D. / (2009) | <p>-O ajuste confortável da interface é considerada a intervenção primordial para evitar úlceras por pressão da face.</p> <p>-o uso de interface facial total pode ajudar a evitar esta complicação. A sua estrutura e design permitem a distribuição de pressão uniformemente sobre o contorno anterior da face, evitando qualquer excesso de pressão sobre uma estrutura em particular.</p> <p>-a interface facial total é uma opção benéfica para clientes que não se adaptam a interface nasal ou oronasal devido a dor ou úlcera por pressão da ponte do nariz.</p> |
| E7: Facial skin breakdown in patients with non-invasive ventilation devices: report of two cases and indications for treatment and prevention. | Maruccia, M., Ruggieri, M., Onesti, M.G. / (2015) | <p>-É de extrema importância a monitorização contínua da pele facial dos clientes, nos pontos de contato entre a pele e a zonas rígidas da interface, a fim de detetar precocemente os primeiros sinais e sintomas de lesão e intervir com a medidas apropriadas, recomendando um acompanhamento rigoroso e vigilância a cada 3-4 horas.</p> <p>-a aplicação de pensos hidrocolóides ou poliuretano podem evitar úlceras por pressão da face, reduzindo o atrito entre a interface e a pele e aumentando o conforto do cliente e sua tolerância à VNI.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>E8: Interfaces and Humidification for Noninvasive Mechanical Ventilation.</p> | <p>Nava, S., Navalesi, P., Gregoret, C. / (2009)</p> | <p>-A mais importante intervenção para prevenir úlceras por pressão da face, consiste em evitar um ajuste excessivamente apertado. Um método simples para evitar este risco é deixar espaço suficiente para permitir que 2 dedos passem por baixo do capacete.</p> <p>-a utilização de placas/pensos hidrocolóides ou de poliuretano também minimizam o atrito e pressão sobre a pele, melhorando a tolerância à VNI.</p> <p>-rotação de interfaces reduz o risco de úlceras por pressão, pois permite alternar a distribuição da pressão e fricção, especialmente na ponte do nariz.</p> <p>-a interface facial total ao apresentar um maior perímetro, não exerce pressão nas áreas que a interface oronasal contata, sendo uma alternativa a esta.</p> |
| <p>E9: Pressure Ulcer Incidence in Patients Wearing Nasal-Oral Versus Full-Face Noninvasive Ventilation Masks.</p> | <p>Schallom, M., Cracchiolo, L., Falker, A., Foster, J., Hager, J., Morehouse, T., Watts, P., Weems, L. / (2015)</p> | <p>-A utilização de placas/espumas finas, pensos hidrocolóides reduz o atrito, prevenindo as úlceras por pressão da face.</p> <p>-o reposicionamento frequente da interface, é considerada uma intervenção importante para a prevenção deste tipo de lesões.</p> <p>-a possibilidade de alternar entre dois tipos diferentes de interfaces, por alternar os pontos em que a interface exerce pressão previne lesões da pele.</p> <p>-interrupções de 10 minutos, desde que toleradas, também são recomendadas para promover o fluxo de sangue para os tecidos.</p> <p>-a interface facial total tem potencial para uma maior redistribuição da pressão, uma vez que cobre a testa e uma maior área da face, ou seja, permite uma maior área para a distribuição da pressão comparativamente com outras interfaces.</p> <p>-a avaliação frequente da pele da face do cliente é importante para detetar precocemente úlceras por pressão da face e prevenir e sua evolução.</p> |
| <p>E10: Treatment-Related Risk Factors for Development of Skin Breakdown in Subjects With Acute Respiratory Failure Undergoing Noninvasive Ventilation or CPAP</p> | <p>Yamaguti, W.P., Moderno, E.V., Yamashita, S.Y., Gomes, T., Maida, A.L., Kondo, C.S., Salles, I., Brito, C. / (2014)</p> | <p>-A úlcera por pressão da face pode ser prevenida com um ajuste simples e confortável da interface ou substituição do tipo de interface. Por esta razão, diferentes tipos de interfaces devem estar disponíveis para superar este problema.</p> <p>-outra intervenção consiste na periódica rotação de interfaces, alternando a utilização de interface oronasal, com facial total.</p> <p>-a utilização de interface facial total é proposta como uma intervenção para reversão/prevenção de lesões da pele, pelo que o seu uso tem sido associado a uma melhor tolerância, conforto e sucesso da VNI, em comparação com interface oronasal.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | -a utilização de pensos/placas hidrocolóide na ponte do nariz, previne as fugas de ar e o ajuste excessivamente apertado da interface, assim como a incidência de úlceras por pressão da face. |
|--|--|--|

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nos estudos analisados constatou-se que as intervenções propostas pelos vários autores remetiam para a intervenção de enfermagem, no cuidado ao cliente submetido a ventilação mecânica invasiva, uma vez que o sucesso de utilização desta técnica depende não só da utilização correta de todo o material e das intervenções de enfermagem individualizadas, mas também do conhecimento das complicações associadas à aplicação da VNI, sua monitorização e processo terapêutico associado (Esquinas, 2011).

Na revisão sistemática de literatura efetuada surge, a úlcera por pressão da face, como complicação relacionada com a referida técnica ventilatória, para a qual os autores revistos definiram um conjunto de intervenções específicas, que após o início de ventilação não invasiva, o enfermeiro deve desenvolver para alcançar o objetivo definido, que são expostas na discussão seguinte e sintetizadas a nível de poster (Apêndice IV).

Aquando do início da ventilação não invasiva, o enfermeiro deve desenvolver um conjunto de atividades que visem promover a colaboração do cliente, otimizar a ventilação e prevenir complicações, pelo que o estudo E2 afirma que ao iniciar ventilação não invasiva, vários critérios têm que ser respeitados em primeira linha de intervenção, além da escolha do tipo de ventilador, modo ventilatório e configurações, existe uma questão crucial aquando do seu início, a seleção da interface, uma vez que o sucesso da mesma é altamente dependente da eficácia e do conforto da interface. O autor do estudo E7 frisa o referido, uma vez que para ele a escolha da interface e sua correta colocação são passos essenciais para a realização de uma eficaz e tolerada ventilação não invasiva.

Para promover a colaboração do cliente durante a aplicação da mencionada técnica ventilatória, o enfermeiro deve ao longo dos cuidados oferecer explicações ao cliente, alertar para intercorrências que possam surgir, nomeadamente dor e desconforto, envolvendo desta forma o cliente no processo de cuidados (Pinto, 2013). Na mesma linha de pensamento, segundo Nava no estudo E8, todos os esforços devem ser feitos para minimizar fugas de ar, maximizar o conforto do cliente e otimizar a interação cliente-ventilador, entre os quais são expostos o ajuste confortável da interface e os cuidados necessários para prevenir lesões na pele e fugas de ar, pois na sua ausência existe uma redução drástica na tolerância do cliente e na eficácia da ventilação não invasiva, uma

vez que se a pressão da interface contra a face for superior à pressão capilar da pele, esta prejudica a perfusão tecidual, podendo causar lesão da mesma. Em relação ao fator pressão, o estudo E1 expõe que uma pressão de 35mmHg contínua durante 2 horas é suficiente para causar danos nos tecidos, apesar da capacidade da pele em autorregular o seu fluxo, tal pressão prolongada leva a insuficiência da perfusão tecidual resultando em isquemia da pele, como refere o estudo E7. Para colmatar tal evento adverso o estudo E2, defende que a mais importante estratégia para prevenir úlceras da face é evitar um ajuste excessivamente apertado da interface, assim como o estudo E6, no qual o ajuste confortável da interface é de primordial importância para evitar a presente complicação, através da minimização da tensão das fitas, acrescentam os estudos E2 e E5. De modo a indicar a correta forma de ajuste da interface, o estudo E8 partilha que um método simples para evitar este risco é deixar espaço suficiente para permitir que dois dedos passem entre a face e a interface.

Com o objetivo de otimizar a ventilação e proporcionar conforto promovendo qualidade de vida ao cliente é imprescindível que o enfermeiro verifique frequentemente o correto posicionamento da interface e se necessário, proceda à sua substituição. Aspeto que remete para uma outra intervenção, bastante importante, nomeadamente em clientes a realizar períodos prolongados e contínuos de ventilação não invasiva, que consiste de acordo com os estudos E5 e E10 na rotatividade no uso de diferentes tipos de interfaces, como estratégia para diminuir o risco de úlcera por pressão da face, ideia corroborada pelos estudos E2 e E8, uma vez que a rotação de interfaces podem reduzir a incidência da lesão na pele, por alterar a distribuição dos pontos de pressão e fricção, especialmente na ponte do nariz. Daí que Schallom et al., no estudo E9 afirmem que o ideal é alternar entre dois tipos diferentes de interfaces, por exemplo facial total e oronasal. Ainda referente à interface e igualmente relevante como nos divulgam os autores dos estudos E6 e E9, para o qual o uso de interface facial total pode ajudar a evitar esta complicação na medida em que devido à sua estrutura e design têm uma maior área de superfície para distribuição de pressão sobre o contorno anterior da face, evitando qualquer excesso de pressão sobre uma estrutura em particular. O estudo E10 demonstra claramente o referido, pois afirma que a maior incidência de lesões por pressão está associada ao uso de interfaces oronasais, pelo que recomenda o uso de interfaces faciais totais em indivíduos com longos períodos de ventilação, por forma a prevenir as mesmas. Facto comprovado pelo estudo E2 quando na sua amostra, indivíduos que apresentavam úlceras por pressão da ponte do nariz devido a outro tipo de interfaces, ao lhe serem apresentado um modelo de interface facial total, imediatamente melhorou o conforto e tolerância dos clientes. Por este motivo Chacur, Felipe, Fernandes & Lazzarini (2011) através do estudo E3, defendem que este modelo de interface deve

pelo menos estar disponível, como uma opção, em unidades onde a ventilação não invasiva é rotineiramente aplicada, uma vez que se revela uma medida preventiva, assim como uma medida alternativa em clientes com lesões existentes.

Mesmo que a ventilação não invasiva seja utilizada por um curto período de tempo, os cuidados para prevenir úlceras por pressão da face, são imprescindíveis, pois segundo o estudo E10 a pressão constante durante um intervalo de tempo de 1 a 2 horas, é suficiente para produzir alterações microscópicas nos tecidos, aumentando o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão da face. Na inexistência da interface facial total como medida preventiva, uma intervenção referida na maioria dos estudos, passa pela aplicação de placas/pensos hidrocolóides ou de poliuretano, nos locais de pressão, com o objetivo de reduzir atrito, prevenir as referidas lesões e diminuir a sua gravidade, assim como melhorar a conforto do cliente e sua tolerância face à VNI, como nos relatam os estudos E8, E9, E7.

Para prevenir a complicação em estudo, é necessário a adoção por parte do enfermeiro de um conjunto de específicas intervenções, como tem vindo a ser discutido, ao longo da aplicação de ventilação não invasiva, as quais integram o apoiar psicologicamente o cliente, estando presente, inculcando confiança, segurança e disponibilizando-se para o esclarecimento de dúvidas. Para a concretização de tais intervenções, surge uma prática que também tem na sua base a prevenção da úlcera por pressão, períodos de pausa na ventilação não invasiva, são recomendados sempre que tolerado pelo cliente, pois o estudo E2 confirma que o desenvolvimento de úlcera por pressão da face está fortemente associado ao fator tempo, revelando que casos de utilização de ventilação de modo contínuo leva ao desenvolvimento de lesões de grau moderado a elevado, ao que o autor do estudo E1 aconselha períodos de até 6-8 horas de uso contínuo. Segundo as evidências mais recentes, Schallom et al. no estudo E9 sugerem pausas de 10 minutos, mais uma vez com a ressalva da tolerância por parte do cliente, ambas as intervenções com o intuito de promover o fluxo sanguíneo dos tecidos em causa e a comunicação, conferindo bem-estar psicológico e diminuição da ansiedade. Em caso de impossibilidade de realizar a intervenção anterior, uma medida alternativa, consiste segundo os estudos E9 e E5 em reposicionar periodicamente a interface, com o propósito de aliviar pontos de pressão, tal como proporcionar conforto para o cliente caso se sinta desconfortável ou dor.

A aplicação desta técnica ventilatória e a prevenção de complicações decorrentes da mesma requer um domínio de conhecimentos, enfermeiros especificamente treinados e uma grande disponibilidade e dedicação dos mesmos, uma vez que para o seu sucesso é imprescindível uma vigilância e monitorização contínua do cliente. Ter conhecimento de fatores de risco, como hipotensão, hipovolémia, reduzido turgor da pele, pele fina, de acordo com o estudo E1 e a sua

identificação precoce pode prevenir o desenvolvimento de úlceras por pressão da face, otimizando assim a qualidade dos cuidados prestados, como partilha o estudo E10. Aquando da realização das intervenções referidas no parágrafo anterior, é possível promover a última intervenção definida pelos estudos analisados: monitorização e vigilância da pele da face e do bem-estar do cliente, prática que se caracteriza como fundamental e de extrema importância, porque vigilância e monitorização rigorosa e frequente dos clientes, efetuada a cada 3-4 horas, permite identificar precocemente sinais e sintomas, como é exemplo a dor na ponte do nariz, uma vez que pode indicar a propensão para a incidência de lesões da pele segundo o estudo E6, e intervir de imediato com intervenções adequadas, de acordo com os estudos E1, E7 e E9.

Deste modo, a presença constante do enfermeiro junto do cliente permite intervir a vários níveis de complicações, especificamente ao nível da complicação estudada, promovendo o controlo eficaz da doença, adesão ao regime terapêutico e consequente aumento da qualidade dos cuidados e de vida.

CONCLUSÃO

A ventilação não invasiva é caracterizada na atualidade como uma tipologia ventilatória com comprovados benefícios e vantagens para os clientes, segundo a evidência científica, no entanto complicações e eventos adversos decorrentes do seu uso são conhecidos, nomeadamente a úlcera por pressão da face, pelo que os profissionais de saúde devem estar plenamente conscientes desta complicação que pode contribuir para o aumento do tempo de internamento do cliente e numerosas consequências físicas, psicológicas e emocionais associadas, devendo os mesmos permanecer vigilantes em relação a estes dispositivos.

A presença constante do enfermeiro na implementação desta intervenção terapêutica faz com que tenha um papel primordial, pois para além de assegurar o esclarecimento da pessoa e o seu conforto, promove ainda a adesão ao regime terapêutico, o controlo da doença e a deteção precoce de complicações, com consequente aumento da qualidade de vida e ganhos em saúde.

Ao tratar-se de uma intervenção terapêutica cada vez mais assumida em contexto hospitalar é fundamental que o enfermeiro esteja consciente dos cuidados a desenvolver na prevenção de complicações, intervenção e vigilância da pessoa submetida a ventilação não invasiva. A capacidade de proporcionar conforto, prevenindo lesões da pele da face, exige uma prática de enfermagem avançada, baseada na evidência científica e em linhas de orientação que elevem os cuidados prestados à pessoa a um nível de excelência, promovendo ainda o desenvolvimento, a inovação em saúde e a sustentabilidade do sistema de saúde.

Nos estudos analisados, foi constatado que as intervenções propostas pelos diferentes autores remetiam para a prática dos enfermeiros face a clientes submetidos a ventilação não invasiva, no entanto ainda é necessário serem realizados estudos diretamente relacionados com a prática de cuidados de enfermagem, assim como a divulgação dos resultados obtidos com a sua intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmad Z., Venus M., Kisku W., & Rayatt S. (2013). A case series of skin necrosis following use of non invasive ventilation pressure masks. *International Wound Journal*, 10, 87–90.

Basto, M.L. (2008). *Investigação em Enfermagem: Temáticas atuais a nível académico*. In Colectânea do Projecto ICE. Canárias.

Belchior, I., Gonçalves, M., & Winck, J. (2012). Continuous Noninvasive Ventilation Delivered by a Novel Total Face Mask: A Case Series Report. *Respiratory Care*, 57(3), 449–453.

Benefield, L. (2013). *Implementing evidence-based practice in home care*. *Home Healthcare Nurses*, 21 (12), 840-811.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição Comemorativa: Quarteto. Coimbra.

Chacur, F.H., Felipe, L.M., Fernandes, C.G., & Lazzarini, L.C. (2011). The Total Face Mask Is More Comfortable than the Oronasal Mask in Noninvasive Ventilation but Is Not Associated with Improved Outcome. *Respiration*, 82, 426–430.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf

Craig, J.V.; & Smyth, R.L. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusocência.

Cuvelier, A., Pujol, W., Pramil, S., Molano, L., Viacroze, C., & Muir, J. (2009). Cephalic Versus Oronasal Mask for Noninvasive Ventilation in Acute Hypercapnic Respiratory Failure. *Intensive Care Med*, 35, 519–526.

Esquinas, A.M. (2011). *Princípios da ventilação mecânica não invasiva do hospital ao domicílio*. Tipografia do Ave.

Galvão, C.M., Sawada, N.O., & Rossi, L.A. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10(5), 690-695. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>

Galvão, C.M., & Sawada, N.O. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*, 56(1), 57-60. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1.pdf>

Gay, P.C. (2009). Complications of Noninvasive Ventilation in Acute Care. *Respiratory Care*, 54(2):246-257.

Hess, D. R. (2012). The Growing Role of Noninvasive Ventilation in Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation. *Respiratory Care*, 57 (6), 900-920. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=1d537052-30af-421a-a501-af85e6e8a6c4%40sessionmgr115&hid=128>.

Holanda, M.A., Reis, R.C., Winkeler, G.F., Fortaleza, S.C., Lima, J.W., & Pereira, E.D. (2009). Influence of total face, facial and nasal masks on short-term adverse effects during noninvasive ventilation. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35 (2), 164-173.

Maruccia, M., Ruggieri, M., & Onesti, M.G. (2015). Facial skin breakdown in patients with non-invasive ventilation devices: report of two cases and indications for treatment and prevention. *Journal International Wound*, 12, 451–455.

Nava, S., Navalesi, P., & Gregoretti, C. (2009). Interfaces and Humidification for Noninvasive Mechanical Ventilation. *Respiratory Care*, 54(1), 71-82.

Noreña, D.L. (2009). *La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Investigación y Educación en Enfermería*. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198002.pdf>

Pinto, P.S. (2013). *Ventilação Não Invasiva – Uma prática fundamentada em evidência científica*. *Revista Nursing*, 288(25), 1-14. Retirado de <http://www.nursing.pt/ventilacao-nao-invasiva-uma-pratica-fundamentada-em-evidencia-cientifica/>

Schallom, M., Cracchiolo, L., Falker, A., Foster, J., Hager, J., Morehouse, T., Watts, P., & Weems, L. (2015). Pressure Ulcer Incidence in Patients Wearing Nasal-Oral Versus Full-Face Noninvasive Ventilation Masks. *American Journal of Critical Care*, 24(4), 349-357.

Toro, A.G. (2001). *Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada: Fundación Index.

Visscher, M.O., White, C.C., Jones, J.M., Cahill, T., Jones, D.C., & Pan, B.S. (2015). Face Masks for Noninvasive Ventilation: Fit, Excess Skin Hydration, and Pressure Ulcers. *Respiratory Care*, 60(11), 1536-1547.

Yamaguti, W.P., Moderno, E.V., Yamashita, S.Y., Gomes, T., Maida, A.L., Kondo, C.S., Salles, I., & Brito, C. (2014). Treatment-Related Risk Factors for Development of Skin Breakdown in Subjects With Acute Respiratory Failure Undergoing Noninvasive Ventilation or CPAP. *Respiratory Care*, 59(10), 530-536.

Apêndice IV- Poster de Revisão Sistemática de Literatura: Prevenção de Úlcera por Pressão da Face,
na Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva: Uma Prática de Enfermagem Avançada

PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO DA FACE NA PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM AVANÇADA

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Autores: Rita Maurício¹, Isabel Rabiolo², Joana Marques³

¹ Enfermeira, Bloco Operatório Central, HDG, Estadário de Medardo LCP-ICS, Lisboa, Portugal.

² Professora, LCP-ICS, PhD, RIA, Lisboa, Portugal.

³ Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Unidade de Cuidados Intensivos Hospital Beatriz Ângelo.



INTRODUÇÃO

A ventilação Não Invasiva (VNI) proporciona suporte ventilatório eficaz no tratamento da insuficiência respiratória, sem recurso a intubação endotraqueal e ventilação mecânica invasiva ^{1,2,3}. Embora o uso de VNI melhore os resultados clínicos, algumas complicações e efeitos secundários têm sido referenciados na prática clínica ^{4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}. A úlcera de face no local de maior pressão e contato da interface com a pele é a complicação mais documentada, contribuindo para o insucesso desta intervenção terapêutica ^{12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}. A prática baseada em evidências é uma abordagem que promove a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Para a sua implementação em enfermagem é crucial a utilização de resultados de pesquisas na prestação dos cuidados ⁸⁴.

OBJETIVO

Identificar as intervenções de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão da face, na pessoa submetida a VNI.

RESULTADOS



QUESTÃO PI[C]O

Quais os cuidados de enfermagem específicos que previnem o aparecimento de úlceras por pressão da face, na pessoa submetida a ventilação não invasiva?

METODOLOGIA

Pesquisa realizada no EBSCO a 20 de Maio de 2016

Bases de Dados

CINAHL Complete

MEDLINE Complete

Limitadores de Pesquisa

Data de Publicação: Janeiro 2009 a Dezembro 2015

Texto Completo

Resumo Disponível

Inglês e Português

Formato PDF

Adultos e Idosos

Descritores

Skin, OR Face of Pressure Ulcer, OR Mask*, OR Interfaces, OR Noninvasive Ventilation

AND

Noninvasive Ventilation, OR Positive Pressure Ventilation, OR Continuous Positive Airway Pressure

Pós Leitura de Títulos

Selecionados 10 artigos

CONCLUSÕES

Ao tratar-se de uma intervenção terapêutica cada vez mais assumida em contexto hospitalar é fundamental que o enfermeiro esteja consciente dos cuidados a desenvolver na prevenção de complicações, intervenção e vigilância da pessoa submetida a VNI. A capacidade de proporcionar conforto, prevenindo lesões da pele da face, exige uma prática de enfermagem avançada, baseada na evidência científica e em linhas de orientação que elevem os cuidados prestados à pessoa a um nível de excelência.

Referências Bibliográficas

1. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

2. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

3. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

4. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

5. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

6. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

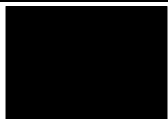
7. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

8. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

9. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

10. American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Best Practices for Noninvasive Ventilation*. Silver Spring, MD: AACN.

Apêndice V- Instrução de Trabalho do Bloco Operatório: Carro de Anestesia Pediátrico

| | | | |
|---|--|--------------|--|
|  | INSTRUÇÃO DE TRABALHO | Código | |
| | | Página 1 / 5 | |
| | | Revisão n°: | |
| | | Data: | |
| Instrução: | Carro de Anestesia de Pediatria | | |
| Elaborado por: | Enf.ª Rita M., Enf.ª Patrícia C. | | |
| Data: | 14 de outubro de 2016 | | |
| Destinatários: | Enfermeiros do Bloco Operatório | | |
| Responsáveis: | Enfermeiros distribuídos na equipa de urgência | | |
| Descrição: | A fim de proporcionar a disponibilidade imediata da equipa para abordagem a via aérea pediátrica, foi realizada uma completa seleção de materiais e equipamentos, que devem estar acessíveis, aquando da anestesia de doente pediátrico. Este material deve estar facilmente acessível e sob regular supervisão direta pelos prestadores de cuidados, para que os cuidados prestadores sejam seguros. (Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2012). A chave para uma gestão da via aérea pediátrica com sucesso assenta na prevenção, reconhecimento e atuação imediata. No entanto a prevenção para além da formação regular, requer a preparação eficaz do material de anestesia pediátrica (Engelhardt & Weiss, 2012). | | |
| Objetivo: | Promover uma prestação de cuidados seguros, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. | | |
| Aprovado por: | | | |

CARRO DE ANESTESIA DE PEDIATRIA - Bloco Operatório

Folha de Verificação

| | Material | Nível | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª | Observações |
|---|--|-----------|----|----|----|----|----|-------------|
| BASE DO CARRO | | | | | | | | |
| | Caixa com Insuflador Manual Pediátrico/ Tubo de Oxigênio | 1/1 | | | | | | |
| | Cabo de Laringoscópio Pediátrico | 1 | | | | | | |
| | Lâmina Laringoscópio Nº 0 | 2 | | | | | | |
| | Lâmina Laringoscópio Nº 1 | 2 | | | | | | |
| | Lâmina Laringoscópio Nº 2 | 2 | | | | | | |
| | Sogas de Gel | 3 | | | | | | |
| 1ª GAVETA: CIRCULAÇÃO E ADJUVANTES DA VIA AÉREA/VENTILAÇÃO | | | | | | | | |
| 1ª DIVISÃO | Cateteres Periféricos Nº22 | 4/4 | | | | | | |
| | Cateteres Periféricos Nº24 | | | | | | | |
| | Bionecteurs | 4 | | | | | | |
| | Torneiras de 3 Vias | 4 | | | | | | |
| | Pensos Transparentes | 4 | | | | | | |
| | Mefix Cortado | 12 | | | | | | |
| | Mefix Rolo | 1 | | | | | | |
| Ligadura 5 cm | 1 | | | | | | | |
| 2ª DIVISÃO | Sistema de Soro Graduado | 4 | | | | | | |
| | Prolongamento Fino 20cm | 4 | | | | | | |
| | Controlador de Gotas | 4 | | | | | | |
| 3ª DIVISÃO | Tubo de Mayo Nº 00 | 4 de cada | | | | | | |
| | Tubo de Mayo Nº 0 | | | | | | | |
| | Tubo de Mayo Nº 1 | | | | | | | |
| | Tubo de Mayo Nº 1,5 | | | | | | | |
| 4ª DIVISÃO | Filtros Humidificadores Pediátricos | 4 | | | | | | |
| 5ª DIVISÃO | Máscaras Faciais Nº 1 | 2 de cada | | | | | | |
| | Máscaras Faciais Nº 2 | | | | | | | |
| | Máscaras Faciais Nº 3 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 6ª DIVISÃO | Cotovelos de Conexão com Máscara | 4 | | | | | | | |
| | Cotovelos de Leitura de CO2 | 4 | | | | | | | |
| 2ª GAVETA: VIA AÉREA | | | | | | | | | |
| 1ª DIVISÃO | Tubo Endotraqueal com Cuff Nº 4 | 4 de cada | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal com Cuff Nº 4,5 | | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal com Cuff Nº 5 | | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal com Cuff Nº 5,5 | | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal com Cuff Nº 6 | | | | | | | | |
| 2ª DIVISÃO | Tubo Pré-Moldado Oral com Cuff Nº 4 | 4 de cada | | | | | | | |
| | Tubo Pré-Moldado Oral com Cuff Nº 4,5 | | | | | | | | |
| | Tubo Pré-Moldado Oral com Cuff Nº 5 | | | | | | | | |
| | Tubo Pré-Moldado Oral com Cuff Nº 5,5 | | | | | | | | |
| 3ª DIVISÃO | Tubo Endotraqueal sem Cuff Nº 2 | 4 de cada | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal sem Cuff Nº 2,5 | | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal sem Cuff Nº 3 | | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal sem Cuff Nº 3,5 | | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal sem Cuff Nº 4 | | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal sem Cuff Nº 4,5 | | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal sem Cuff Nº 5 | | | | | | | | |
| | Tubo Endotraqueal sem Cuff Nº 5,5 | | | | | | | | |
| 4ª DIVISÃO | Tubo Endotraqueal sem Cuff Nº 6 | 4 de cada | | | | | | | |
| | Tubo Pré-Moldado Oral sem Cuff Nº 4 | | | | | | | | |
| | Tubo Pré-Moldado Oral sem Cuff Nº 4,5 | | | | | | | | |
| | Tubo Pré-Moldado Oral sem Cuff Nº 5 | | | | | | | | |
| | Tubo Pré-Moldado Oral sem Cuff Nº 5,5 | | | | | | | | |
| 5ª DIVISÃO | Tubo Pré-Moldado Oral sem Cuff Nº 6 | 2 | | | | | | | |
| | Pinça de Maguil | | | | | | | | |
| 6ª DIVISÃO | Tubo Nasofaríngeo | 2 | | | | | | | |
| | Sondas de Aspiração Nº 6 | 4 de cada | | | | | | | |
| | Sondas de Aspiração Nº 8 | | | | | | | | |
| | Sondas de Aspiração Nº 10 | 4 | | | | | | | |
| | Fios Condutores Pediátricos | | | | | | | | |
| | Adesivo | 1 | | | | | | | |

| 3ª GAVETA: VENTILAÇÃO E MONITORIZAÇÃO | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|
| 1ª DIVISÃO | Sistema Circular Pediátrico | 1 | | | | | |
| | Sistema de Bain | 1 | | | | | |
| 2ª DIVISÃO | Braçadeira de TA | 2 | | | | | |
| 3ª DIVISÃO | Laringoscópio Ótico Pediátrico | 1 | | | | | |
| | Máscara I-GEL Nº 1,5 | 2 de cada | | | | | |
| Máscara I-GEL Nº 2 | | | | | | | |
| 4ª DIVISÃO | Balão de O2 0,5L | 1 | | | | | |
| | Balão de O2 1L | 1 | | | | | |
| | Conexão Branca para Balão | 2 | | | | | |
| 5ª DIVISÃO | Elétrodos Pediátricos | 20 | | | | | |
| | Oxímetros de Sensor de Dedo | 4 | | | | | |
| 6ª DIVISÃO | Máscara I-GEL Nº 2,5 | 2 | | | | | |
| | Câmara de Aerossol | 1 | | | | | |
| | Kit de Cricotiotomia | 1 | | | | | |
| ASSINATURA: | | | | | | | |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amantéa, S., Piva, J., Zanella, M., Bruno, F., & Garcia, P. (2003). *Acesso rápido à via aérea*. *Jornal de Pediatria*, 79 (2), 127-138.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists. (2012). *Recommendations on Minimum Facilities for Safe Administration Of Anaesthesia in Operating Suites and Other Anaesthetizing Locations*, 1-6.

Committee of Origin: Pediatric Anesthesia. (2011). *Statement on Practice Recommendations For Pediatric Anesthesia*. American Society of Anesthesiologists, 1-5.

Engelhardt, T., & Weiss, M. (2012). *A Child With a Difficult airway: What do I do next?*. *Walters Klumer Health*, 25 (3), 326-331.

Martinez, N., Pujol, M., & Pineiro, M. (2008). *Vía Aérea Pediátrica. Artículo de Revisión.* Retirado de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/revisiones/r3_v13_0107.htm

ANEXOS

Anexo I- Declaração de realização e apresentação de Poster no IV Encontro dos Enfermeiros
Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA RITA CARDOSO MAURÍCIO,

participou no **IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, nos dias 20 e 21 de Janeiro de 2017, em Braga, no Hospital de Braga, enquanto **Autor do Póster**:

PREVENÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO NO INTRAOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM AVANÇADA

Coautores:

ISABEL CRISTINA MASCARENHAS RABIAIS

Braga, 21 de Janeiro de 2017.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

Anexo II- Declaração de realização e apresentação de Poster nas VII Jornadas Nacionais de
Enfermagem Intensiva



17

CERTIFICADO

Certifica-se que a Comunicação Livre em Poster com o Título **“PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO DA FACE NA PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM AVANÇADA”** da qual são autores: **Ana Rita Maurício¹, Isabel Rabiais², Joana Marques³** foi apresentada por **Ana Rita Cardoso Maurício** nas **“VII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva”**, realizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, de 23 e 24 de Setembro de 2016, em Évora.

Évora, 24 de Setembro de 2016

Dr. Antero Fernandes
Presidente da SPCI

Enf. Maria Manuel Varela
Presidente das Jornadas

