



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

A FAMÍLIA COMO PARCEIRA NOS CUIDADOS

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Filipa Ferreira Verde

LISBOA, Setembro de 2015



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

A FAMÍLIA COMO PARCEIRA NOS CUIDADOS

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Filipa Ferreira Verde

Sob orientação da Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, Setembro de 2015

Ser cuidadora torna-se numa forma consciente de realização pela perceção de uma tarefa que permite pôr em prática a “lição” aprendida sobre o amor. É uma forma de dádiva de si.

Reflexão emergente do relato de uma neta que cuidava da avó.

Susana Duro (2013:60)

RESUMO

“A família como parceira nos cuidados” é um relatório relativo ao percurso trilhado ao longo do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com o intuito de desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O seu objetivo é descrever, de forma reflexiva, crítica e metodológica, as atividades e competências especializadas desenvolvidas e adquiridas ao longo dos três estágios, tendo adotado como temática central a parceria de cuidados com a família que é abordada inicialmente neste relatório através da perspectiva de diversos autores e diversas teorizações em Enfermagem das quais relevamos a Teoria de Meleis e de Watson. Para tal recorreu-se à metodologia descritiva, analítica e reflexiva, buscando conhecimento adicional através da pesquisa em bases de dados científicas, nos motores de pesquisa da internet e bibliotecas de escolas de Enfermagem, procurando ancorar os conhecimentos adquiridos no atual *estado da arte* e no paradigma da transformação.

Do estágio no Serviço de Urgência saliento que após diagnóstico da situação, foi proposta uma formação em serviço baseada na revisão integrativa da literatura sobre a parceria de cuidados com a família, da qual preparei um artigo para publicação. Esta teve em vista a sensibilização dos enfermeiros para parceria e perceber que intervenções de enfermagem poderiam ser implementadas procurando uma maior qualidade dos cuidados prestados. Desenvolvi competências fundadas na prestação de cuidados, no trabalho em equipa e na gestão e liderança de equipas.

No que se refere ao Módulo Opcional, procurei desenvolver a relação de ajuda com a pessoa e a família em contexto de cuidados paliativos domiciliários, tendo em conta as considerações éticas e humanas do cuidar. Apresentei numa formação e elaborei um artigo de revisão com estudos recentes sobre intervenções na prevenção do cansaço do cuidador. Trabalhei com a equipa formas de organização e gestão dos recursos e possibilidades de investigação, envolvendo-me na dinâmica de desenvolvimento da equipa. Apresentei uma comunicação em poster num evento científico sobre intervenções que incrementam o sentido de vida na pessoa idosa.

Por último, no estágio de Cuidados Intensivos procurei desenvolver competências reflexivas e de procura do auto - desenvolvimento através da pesquisa ativa dos temas emergentes da prática, bem como procurar conhecimentos através da participação em formações. No sentido de partilhar conhecimentos sobre prevenção da infeção do local cirúrgico realizei uma formação baseada na literatura atual e submeti um artigo para publicação.

PALAVRAS – CHAVE

Enfermagem, família, parceria

ABSTRACT

"Family as a partner in care", is a report elaborated over the Master in Medical-Surgical Nursing Specialization, which intends to improve specific nursing skills in Medical-Surgical Nursing. Its purpose is to describe, in a reflective, questioning and methodological way, the activities and competences developed and acquired along the three stages, having adopted as a main theme the partnership of cares with the family, which is initially covered in this report, by the perspective of several authors and Nursing theories in which is highlighted the Meleis' and Watson's Theory. With the purpose of that it was used the descriptive, analytical and reflective approach, seeking additional knowledge in scientific databases, available information in databases and libraries of schools of nursing, trying to anchor the acquired knowledge in the current state of the art and transformation paradigm.

From the stage in the Emergency Room I highlight, that after diagnosis of the situation, was proposed in-service training based on integrative literature review on the partnership family care, which I'm preparing an article for publication. This was aimed at raising awareness of nurses to partnership and realize that nursing interventions could be implemented seeking a higher quality of care. I developed skills founded in care, in teamwork management and team leadership.

In the Option Module, I tried to develop the helping relationship with the person and the family in the context of home palliative care, taking into account the ethical and human considerations of care. I made a training and drafted a review article with recent studies on interventions in the prevention of caregiver burden. I worked with the team organization and management of resources and research possibilities involving me in the team development dynamics. I presented a communication in a scientific poster event on interventions that increase the sense of life in the elderly.

Finally, in the Intensive Care stage, I tried to develop reflective skills and self - development through active research of the emerging areas of practice as well as seeking knowledge through participation in journeys. In order to share knowledge about prevention of surgical site infection conducted a training based on current literature and submitted an article for publication.

KEYWORDS

Nursing, family, partnership

AGRADECIMENTOS

Ao findar mais uma etapa da vida, muitos foram os que comigo percorreram este percurso e que me ajudaram a alcançar mais uma meta, contribuindo ativamente para o incremento do meu conhecimento, das minhas competências e para o meu enriquecimento pessoal. Certa de que constituíram um incentivo com a partilha da sua sabedoria, dedicação, compreensão e esforço, resta-me dirigir-lhes o meu agradecimento.

A todos o meu profundo OBRIGADA.

À minha família,

Por me revelarem o sentido e significado da família, da partilha do amor e da parceria.

Ao meu marido Filipe,

Por aceitar o desafio do amor e de cuidar generosamente de mim.

À Professora Patrícia Pontífice de Sousa,

Pela amabilidade, mestria e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso.

Aos Enfermeiros Orientadores,

Pela orientação, aceitação, dedicação e sentido crítico-reflexivo.

Aos Professores que lecionaram o Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,

Por continuarem a desocultar o verdadeiro sentido da Ciência de Enfermagem.

Aos utentes e aos cuidadores,

Por serem reciprocamente a luz viva do sorriso de quem cuida e de quem é cuidado.

ABREVIATURAS

Et al - E outros

Sr. – Senhor

Sr.^a - Senhora

ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

PEEP - Pressão Positiva no Final da Expiração

PIB - Produto Interno Bruto

RASS - *Richmond Agitation and Sedation Scale*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIV - Suporte Imediato de Vida

UCISU - Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

WHO - *World Health Organization*

SIGLAS

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

ARS - Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa Comunitária de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Escala de Coma de Glasgow

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ICN - *International Council of Nurses*

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

ILC - Infeção do Local Cirúrgico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNM - Ressonância Magnética

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SU - Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1.INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PARCERIA DE CUIDADOS COM A FAMÍLIA - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	17
2.DESCRICÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA.....	29
2.1.MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	29
2.2.MÓDULO III - ESTÁGIO OPCIONAL.....	40
2.3.MÓDULO II - CUIDADOS INTENSIVOS.....	50
3.CONCLUSÕES GERAIS.....	61
4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
5.ANEXOS.....	70
5.1. ANEXO I - CERTIFICADO DAS 1ªS JORNADAS TÉCNICAS DE EMERGÊNCIA DO ALGARVE.....	71
5.2. ANEXO II - CERTIFICADO DO CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	73
5.3.ANEXO III - CERTIFICADOS DO IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA E GERIATRIA.....	75
5.4.ANEXO IV - CERTIFICADO DO 2º CURSO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA PARA ENFERMEIROS.....	78
6.APÊNDICES.....	80
6.1.APÊNDICE I - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS COM A FAMÍLIA.....	81
6.2.APÊNDICE II - APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS COM A FAMÍLIA.....	84
6.3.APÊNDICE III - FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS COM A FAMÍLIA.....	96
6.4.APÊNDICE IV - AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS COM A FAMÍLIA.....	98
6. 5.APÊNDICE V - DOSSIER TEMÁTICO DE LEGISLAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	101
6.6.APÊNDICE VI - REFLEXÃO SOBRE O LIVRO “AS TERÇAS COM MORRIE”.....	105
6.7.APÊNDICE VII - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - CHAMADAS TELEFÓNICAS NO PERÍODO PÓS LABORAL DA ECSCP.....	109
6.8.APÊNDICE VIII - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA EXAUSTÃO DO CUIDADOR- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	111
6.9.APÊNDICE IX - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO <i>BURDEN</i> DO CUIDADOR.....	129
6.10.APÊNDICE X - APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO <i>BURDEN</i> DO CUIDADO.....	131
6.11.APÊNDICE XI - FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO	

<i>BURDEN</i> DO CUIDADOR.....	147
6.12.APÊNDICE XII - AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO <i>BURDEN</i> DO CUIDADOR.....	149
6.13.APÊNDICE XIII - FOLHETO - ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA.....	152
6.14.APÊNDICE XIV - INCREMENTAR O SENTIDO DE VIDA NA PESSOA IDOSA: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA – POSTER.....	154
6.15.APÊNDICE XV - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	156
6.16.APÊNDICE XVI - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO.....	186
6.17.APÊNDICE XVII - APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO.....	189
6.18.APÊNDICE XVIII - FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO.....	206
6.19.APÊNDICE XIX - INTERVENÇÕES PRECONIZADAS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO – ARTIGO.....	208

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação.....	21
---	----

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 – Resultados da Pesquisa	21
Tabela 2 – Intervenções de Enfermagem operacionalização de acordo com sete momentos da prestação dos cuidados.....	22

INTRODUÇÃO

No contexto da sua formação inicial, e ao longo de todo o seu percurso profissional, o enfermeiro deve percorrer um *continuum* de aquisição e desenvolvimento de competências e de experiência profissional baseando-se no conhecimento, investigação e pensamento crítico que devem nortear o seu processo de decisão complexa e busca da excelência dos cuidados (BENNER, 2001). Na sua tomada de decisão, o enfermeiro centra os seus cuidados na relação terapêutica estabelecida com a pessoa, avaliando as suas necessidades e integrando-a no seu grupo familiar, potenciando, assim, recursos e capacidades na promoção da saúde e desenvolvimento da independência (Ordem dos Enfermeiros – OE, 2012). Pretende-se, então, que a parceria estabelecida com a família nos cuidados possa ser positiva e, ao mesmo tempo, entendida pelos enfermeiros como um princípio, uma perspetiva ou uma metodologia de trabalho, ancorada numa vontade mútua dos seus diversos atores em participar nos cuidados e de uma corresponsabilidade partilhada (DINIS, 2006).

Tendo por base a minha experiência profissional desenvolvida essencialmente na prestação de cuidados à pessoa adulta, em contexto hospitalar, em serviços da área médico-cirúrgica, e o desejo de incrementar conhecimentos e competências em Enfermagem, decidi ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ser enfermeiro especialista coaduna-se com o desenvolvimento de “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, liderança e orientação, trabalhando para a investigação e disseminação do conhecimento que permita avançar e melhorar a prática da Enfermagem (OE, 2010:2).

No âmbito do supracitado curso do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa, foi realizado o relatório “A família como parceira nos cuidados” que compila o conhecimento, as práticas e as competências desenvolvidas ao longo de todo o percurso académico, aludindo, com especial relevância, à reflexão realizada relativa aos Módulos de Estágio e à adoção do tema da parceria de cuidados com a família como intervenção autónoma do enfermeiro.

Neste relatório, será explorada a temática da parceria de cuidados com a família à luz de várias teorias de Enfermagem, contudo, utilizaremos como eixo condutor a Teoria das Transições de Afaf Meleis, na perspetiva da família como elo de ligação no contexto de transição saúde/doença e a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, integrando os cuidados prestados no paradigma da transformação (KÉROAC *et al.*, 1996; WATSON, 2002; MELEIS, 2010).

O estágio foi constituído por três Módulos, cada um com um total de 180 horas de contacto, tendo sido realizados com a seguinte ordem cronológica que obedeceu à disponibilidade dos próprios locais de estágio:

– Módulo I - Serviço de Urgência (SU), realizado de 28/4/2014 a 21/6/2014 num hospital da região do Algarve com uma dinâmica central e polivalente nos cuidados que presta, tendo sofrido recentemente uma reestruturação organizacional e estrutural no SU;

– Módulo III – Opcional, efetuado de 8/9/2014 a 1/11/2014 numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) que presta cuidados a pessoas com doença oncológica residentes em diversos concelhos do Algarve, integrados no seu ambiente domiciliário, e que dá ainda apoio neste âmbito às Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na sua área de abrangência, tendo-se distinguido, nos últimos tempos, pela formação dos seus e de outros profissionais em cuidados paliativos;

– Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), realizado de 3/11/2014 a 20/12/2014 numa unidade hospitalar privada de Lisboa que se tem destacado, a nível nacional, pela inovação tecnológica, pelas equipas em constante atualização, formação e pela permanente procura da excelência nos cuidados prestados aos seus clientes.

Os locais de estágio foram selecionados de acordo com a proximidade ao meu local de trabalho, no Algarve, e à sua referência na área de cuidados que prestam, bem como, de acordo com a implementação e desenvolvimento de práticas de cuidados baseados em padrões de qualidade e inovação nos cuidados. Constituíram, assim, uma forma de incrementar os conhecimentos, inovar práticas, ter perceção de outras realidades e permitir a reflexão sobre os cuidados, tendo por base os conhecimentos adquiridos e pesquisados. O estágio opcional recaiu sobre a área de cuidados paliativos e, especialmente, por uma equipa de cuidados domiciliários pelo seu trabalho essencialmente estabelecido em parceria com a família, permitindo uma linha condutora com a temática central elegida.

Para a consecução deste relatório, foi traçado como objetivo descrever, de forma reflexiva, crítica e metodológica, as atividades e competências especializadas desenvolvidas e adquiridas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. A metodologia utilizada para a sua realização foi descritiva, analítica e reflexiva, recorrendo-se à pesquisa em bases de dados científicas, nomeadamente na Ebsco Host, nos motores de pesquisa da internet e bibliotecas de escolas de Enfermagem.

Este relatório encontra-se organizado em dois pontos: o ponto 1 integra a “Revisão Integrativa da Literatura” onde é apresentado o conhecimento sobre a parceria de cuidados com a família e intervenções implementadas pelos enfermeiros nesta parceria; o ponto 2, intitulado “Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas nos Contextos da Prática” são apresentadas as atividades realizadas e as competências desenvolvidas em cada um dos estágios.

Neste relatório, utilizaremos a palavra “utente” para designar o agente de cuidados de Enfermagem, apesar da terminologia utilizada nas diversas instituições de estágio diferir; optei pela palavra “utente” pela sua universalidade de contextos, em que é aplicada, podendo, assim, seguir uma linha orientadora comum nos diversos estágios.

Na elaboração do presente trabalho atendemos ainda às considerações éticas tentando transmitir fielmente o estado da arte, respeitando os enunciados da literatura disponível, bem como, os seus autores, e no caso de citação de experiências advindas da prática vivenciada nos estágios manter o anonimato dos utentes e familiares mencionados.

1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PARCERIA DE CUIDADOS COM A FAMÍLIA - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No presente ponto enquadraremos a temática da parceria de cuidados com a família no contexto da prestação de cuidados de Enfermagem, procurando na literatura atual as intervenções de enfermagem presentes nesta parceria, para tal, recorreremos à realização de uma revisão integrativa da literatura. De facto só através da investigação metodológica do objeto das ciências de Enfermagem, ou seja, os fenómenos presentes no domínio dos cuidados, poderemos levar ao desenvolvimento dos saberes inerentes à própria ciência de Enfermagem (FORTIN, 2003). Com efeito, a revisão integrativa da literatura é uma oportunidade para alargar o campo de conhecimentos numa área específica de Enfermagem, através de diversas fontes literárias (científicas, críticas e sínteses) cuja sumula representa o estado atual das evidências dos conhecimentos no domínio da parceria de cuidados com a família (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Contextualização

Nos últimos anos, temos assistido ao crescente envelhecimento dos países desenvolvidos, acompanhado de um decréscimo da população e do PIB (produto interno bruto) *per capita* (PORDATA, 2014). Adicionalmente, as doenças infecciosas e de elevada mortalidade têm dado lugar a doenças crónicas, cujo curso prolongado acarreta consigo uma elevada morbilidade e dependência.

Estas alterações demográficas associadas à alteração do perfil das doenças têm e continuarão a ter um grande impacto nos sistemas de saúde. Deste modo, os enfermeiros vislumbram no seu horizonte de cuidados a centralidade da promoção da saúde através da capacitação da pessoa e a manutenção dos mais elevados níveis de independência e bem-estar durante o curso de vida, WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (2014) aludindo à Carta de Ottawa (1986). Aos enfermeiros será exigida, também, a aquisição de estratégias e competências que respondam plenamente às situações de dependência e aos poucos recursos humanos do sector da saúde (VIEIRA, 2009).

Neste contexto, os enfermeiros do século XXI necessitarão de uma constante atualização tecnológica, técnica e científica para responder aos cuidados cada vez mais complexos e exigentes. Não devemos esquecer ainda, que, a tão almejada excelência no cuidar deve também pautar-se pela elevada qualidade humana atribuída aos cuidados. Os enfermeiros deverão estar preparados para a singularidade de cada pessoa integrada na sua família, mas também para os requisitos ético-deontológicos advindos do seu exercício profissional (NUNES, 2004).

De acordo com a OE no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (2012a), os enfermeiros devem, em qualquer circunstância, prestar cuidados à pessoa e aos grupos sociais em que ela está integrada. É deste pressuposto que partimos para a presente revisão integrativa da literatura, pois a família é a base de todas as sociedades devendo ser entendida como uma potencial parceira nos cuidados (ALVES *et al.*, 2007). Nela ocorre a identificação primária da pessoa, e é no seu seio que se desenvolveu desde a ancestralidade, a preocupação pelo cuidar como garante da manutenção da vida e do bem-estar dos seus membros (COLLIÈRE 1999).

A família pode, então, ser definida como um grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas (ICN - *International Council of Nurses*, 2011), sendo mais do que a simples soma dos seus elementos, ou seja, a família é um grupo de indivíduos vinculados com uma ligação emocional profunda e por um sentimento de pertença ao grupo (WRIGHT, WATSON e BELL, 1990, *apud* GALERA e LUIS, 2002).

Hodiernamente, verifica-se que tanto o conceito de família como o padrão de família se tem transformado a par das mudanças sociais, incluindo a família monoparental, a família reconstituída, o par de homossexuais, entre outros (PHIPPS, 2003; DINIS, 2006). Para além disso, a família deixou de ter associada a si apenas a ideia de consanguinidade, passando os vizinhos e, muitas vezes, os amigos a pertencer à família (ALVES *et al.*, 2007, *apud*, RELVAS, 1996). Desta forma, a família tem sido encarada como um sistema vivo integrado num suprassistema maior (GALERA e LUIS, 2002; DINIS, 2006). Assim, pode ser determinada segundo critérios biológicos, laços emocionais, proximidade geográfica ou por uma rede de apoio a uma pessoa. Face ao que foi dito, neste contexto, a família é tida como aquelas pessoas que o indivíduo ou o seu representante identifica como tal (PHIPPS, 2003). Esta perspetiva, para efeitos de acompanhamento da pessoa doente em internamento, encontra-se patente na atual legislação portuguesa (Lei n.º15/2014), na medida em que, na família, não são apenas contemplados aqueles que provarem o seu vínculo de parentesco, mas também aqueles que demonstrem uma relação com o utente.

Como se pode depreender do exposto, o conceito de família é flexível e mutável, cabendo à pessoa identificar quem é a sua família (PHIPPS, 2003) ou o núcleo de conviventes com que mais se identifica. No entanto, apesar desta diversidade de conceitos de família que expusemos, de forma genérica, todos os tipos de família têm as mesmas funções: dar afeto, “proporcionar aceitação pessoal, segurança, sentido de utilidade e da satisfação dos seus elementos, assegurar a continuidade das relações entre eles ao longo dos anos, proporcionar-lhes estabilidade e transmitir-lhes valores, autoridade, regras, direitos/obrigações e cultura no sentido de socialização de cada um deles”, ALVES *et al.* (2007:16). Todos assumem, então, a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes e prestar cuidados informalmente (VIEIRA, 2009).

Do mesmo modo, é no seio familiar que se inicia o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, tendo a família o papel de proteger a saúde e apoiar os seus membros na doença (ALVES *et al.*, 2007).

A ocorrência de doença e consequente hospitalização por parte de um dos elementos da família é uma situação causadora de *stress* e ansiedade em todos os membros da família, levando a alterações do seu estilo de vida. A gravidade desta situação prende-se muitas vezes com o papel desempenhado pelo elemento doente (CONCEIÇÃO e RAMOS, 2004).

Os familiares da pessoa hospitalizada sentem-se num ambiente estranho e desprotegido, longe das suas dinâmicas diárias de cuidar de cada um dos elementos. Este período é descrito por MELEIS (2010) como um momento de rutura e crise em que a família vivencia uma situação de transição e em que é necessária a adaptação a esta nova realidade, contudo, há que notar que, neste processo de transição, tanto a família como a doença podem influenciar-se mutuamente num processo contínuo de coevolução (GALERA e LUIS, 2002). Meleis refere ainda que a transição saúde/doença é influenciada pelo comportamento, pelas condições socioculturais e pela genética, podendo vivenciar-se diversas transições em simultâneo, nomeadamente transições de desenvolvimento, situacionais e organizacionais. Alves *et al.* (2007) menciona ainda que a reação de cada família perante a doença e a hospitalização é influenciada pela estrutura familiar, pelo momento do ciclo vital em que a família/pessoa se encontra, pela própria doença, as vivências anteriores, a comunicação intrafamiliar, a cultura, a etnia, a religião, a rede de apoio paralela da família e a forma como o doente reage a esta nova situação.

No caso de situações de doença crónica, são, por vezes, necessárias grandes mudanças na vivência familiar, podendo algumas famílias consolidar a sua união e outras separarem-se por incapacidade de vários membros se ajudarem entre si (PHIPPS, 2003).

Desta forma, a transição coloca desafios aos enfermeiros, nomeadamente a oportunidade de desenvolver intervenções apropriadas às necessidades e ao estado de saúde do utente/família. Os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais (MELEIS, 2010). Assim, a transição pode ser percebida como momento complexo de aquisição de competências e ganhos.

Esta oportunidade pode ser percecionada como uma mudança de paradigma em enfermagem, a aquisição de uma consciência evoluída, em que se abandonam largamente os padrões da medicina curativa e emerge uma enfermagem baseada na centralidade da pessoa, na sua autonomização e capacitação da pessoa e da sua família, centrando o cuidar definitivamente em padrões de qualidade sensíveis à individualidade e à responsabilização (GRINDEL, 2006; WATSON 2002).

Considera-se, assim, que a partilha de saberes com a família pode ser profícua, tanto na qualidade dos cuidados, como na coesão da família. A família passa a ser alvo do processo de

cuidados e integra a tripla perspetiva de cliente, parceira e um recurso nos cuidados prestados (VIEIRA, 2009; OE 2012). Deste modo, a parceria pode ser entendida como uma sinergia assente na negociação entre as partes, numa relação de respeito pela autonomia do outro (GOMES, 2009). Cada um depende do outro, trabalhando ambos para um fim/objetivo comum, num processo contínuo e cooperativo de partilha de significados, saberes e experiências, na base do respeito pelos papéis de cada um e da sua autonomia e individualidade (DINIS, 2006; GOMES, 2009).

Em 1988, Anne Casey desenvolveu uma teoria de médio alcance em Enfermagem, denominada “Modelo de Parceria de Cuidados”, sendo esta aplicada no âmbito dos cuidados pediátricos (GOMES, 2009). Nesse modelo, defendia-se que os cuidados se baseavam na proteção, estímulo e amor, dando uma ênfase singular aos papéis e laços estabelecidos na família. A família é, então, o centro do cuidar e dos cuidados (FERREIRA e COSTA, 2004). Por sua vez J. Christensen apresenta em 1993 um modelo de parceria em Enfermagem em que o utente não é um mero recetor de cuidados, mas emerge como parceiro num trabalho conjunto com o enfermeiro (GOMES, 2009).

Metodologia

A presente revisão integrativa da literatura tem como intuito principal identificar as intervenções de enfermagem implementadas na prestação de cuidados à pessoa adulta doente em parceria com a família, distanciando-nos da realidade específica dos cuidados prestados no domicílio e no contexto da doença mental. Deste modo, implementámos como questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem que visam a parceria de cuidados com a família?” procurando descrever as intervenções de enfermagem de acordo com as implicações da parceria de cuidados com a família em Enfermagem.

Na elaboração desta revisão integrativa da literatura recorreremos à pesquisa de artigos, teses de mestrado e de doutoramento presentes nas bases de dados Ebsco Host, Scielo, Lilicas, RCAAP (Repositório Científico de acesso aberto de Portugal, Repositório Veritati (Repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa), Repositório Aberto (Repositório da Universidade Aberta) e na Biblioteca de Enfermagem do ICS da Universidade Católica em Lisboa. Para esta pesquisa foram utilizando como termos de pesquisa o descritor “*nursing*”, “*family*” e o termo “*partnership*” em qualquer campo textual com o operador booleano “*and*”, ou os mesmos termos traduzidos para português quando a pesquisa não apresentava resultados.

O período da recolha de artigos desenrolou-se de 1 a 24 de maio de 2014, tendo-se procedido posteriormente à aplicação dos critérios de exclusão: artigos anteriores que não estão incluídos no período temporal compreendido entre 2004 e 2014; textos que não conseguimos aceder na íntegra; artigos repetidos ou do mesmo autor com conteúdo idêntico, selecionando neste caso os mais atuais; textos escritos em língua que não fosse inglês, português e espanhol; artigos

que não se referissem à parceria de cuidados com a família e artigos que não respondessem à questão de investigação.

Apresentação e discussão dos resultados

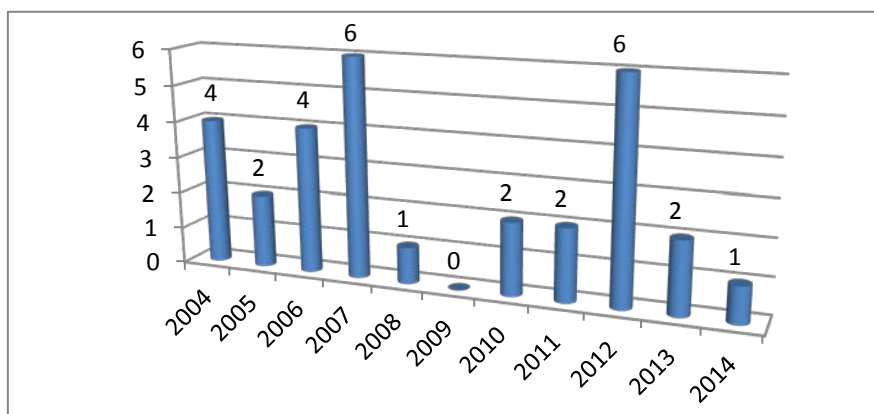
Da pesquisa realizada apurou-se um total de 1263 artigos, tendo-se selecionado 30 que obedeciam aos critérios implementados, tal como se expõe na tabela abaixo:

Tabela 1 – Resultados da Pesquisa

Base de dados	Resultados obtidos	Artigos selecionados	Percentagem selecionados
Biblioteca do ICS	42	4	13,4%
Ebsco	596	24	80%
Lilicas	460	1	3,3%
RCAAP	4	0	0%
Repositório Aberto	3	1	3,3%
Scielo	107	0	0%
Veritati	51	0	0%

Através da análise dos artigos selecionados podemos perceber que a maioria dos artigos são estudos originais 19 (dos quais 2 recorreram à metodologia quantitativa, 15 à metodologia qualitativa e 2 à mistura de métodos), encontrámos ainda 8 artigos de revisão da literatura e 3 de opinião. Pode-se constatar que 83,3% dos artigos foram publicados no estrangeiro e 16,4% são de origem portuguesa. Os países de origem dos 30 artigos repartem-se em: 6 de Portugal, 4 da Austrália e do Reino Unido, 3 do Canadá e dos Estados Unidos da América, 2 da Coreia do Sul, 1 da Suécia, Holanda, Nova Zelândia e Taiwan; sendo que 5 não conseguimos localizar a sua origem. A distribuição temporal dos artigos relativa à sua publicação encontra-se explicita no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação



Quanto ao contexto a que os artigos se referem 11 aludem à realidade hospitalar (2 são especificamente de serviços de Oncologia, 2 de Cuidados paliativos e 2 de UCI), 7 a casas de repouso/ instituições de cuidados de longa duração, 1 à realidade hospitalar e em simultâneo a unidades de reabilitação e apenas 1 a unidades de reabilitação. Constatámos ainda que a maioria dos artigos se referia à prestação de cuidados à pessoa idosa e pessoas portadoras de doença crónica.

Dando resposta à questão de investigação, a análise dos artigos possibilitou-nos operacionalizar as intervenções de enfermagem considerando sete momentos da prestação dos cuidados que organizámos em: escolha da metodologia de trabalho e desenvolvimento profissional, acolhimento e avaliação inicial, comunicação entre o enfermeiro e a família, informação e tomada de decisão, planeamento dos cuidados, planeamento dos cuidados e ensino e preparação para a alta, tal como indica a tabela 2. Relevamos que ao examinar as intervenções de enfermagem podemos encontrar na parceria de cuidados com a família a aplicação dos quatro domínios de Enfermagem: gestão, prática, investigação e ensino.

Tabela 2 – Intervenções de Enfermagem operacionalização de acordo com sete momentos da prestação dos cuidados

<p>Escolha da metodologia de trabalho e desenvolvimento profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Promover uma cultura organizacional e modelos de trabalho que promova a parceria de cuidados com a família (1) (16) •Envolver toda a equipa na mudança: colegas, supervisores, administradores (16) •Partilhar conhecimentos entre profissionais sobre parceria de cuidados (16) •Proporcionar organização de programas, revisão das políticas implementadas e procedimentos na unidade sobre parceria de cuidados (6) (15) (16) •Fazer quadros, cartazes, folhetos e <i>sítes</i> para os serviços com o convite à parceria de cuidados com a família e o utente, informação sobre o horário flexível de visitas, serviços de apoio aos cuidadores, equipas de voluntários (15) (19) •Promover a existência de espaços confortáveis de encontro da família e para a sua permanência principalmente durante procedimentos (1) (15) •Estimular a aquisição de competências e conhecimentos sobre a parceria (16) •Fazer formação profissional sobre parceria de cuidados com a família (13) (26) •Durante as reuniões de equipa partilhar as experiências (16) (29) •Convidar um familiar para participar numa formação dos profissionais, partilhando a sua experiência (16) •Promover a integração da parceria de cuidados na formação académica dos futuros profissionais (16) •Criar momentos de reflexão em equipa e de melhoria das intervenções (17) •No caso de ser utilizado o método de enfermeiro responsável ter num quadro identificado qual o enfermeiro responsável por cada utente (18) •Adequar rácios de enfermeiros de forma a permitir tempo para comunicação com os familiares e o envolvimento destes nos cuidados (19) •Adaptar os registos de forma a contemplarem a parceria de cuidados (19) •Procurar uma melhor clarificação do processo de parceria de cuidados através da implementação de investigação aplicada à prática (1)
---	---

<p>Acolhimento e avaliação inicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Proporcionar acolhimento aos familiares e fazer com que se sintam bem-vindos (6) (18) (26) •Dar especial enfoque na relação estabelecida com a pessoa e a família (8) •Criar um ambiente de confiança e reciprocidade (1) (3) (10) •Promover antecipadamente a parceria do utente e da família nos cuidados (11) •Preocupar-se por aprender o nome do utente e das pessoas da família envolvidas (13) •Respeitar e encorajar a família na sua dedicação em visitar o utente (6) •Fazer uma avaliação das dinâmicas familiares, fatores externos ao sistema familiar e fatores contextuais (8)(4) (17) •Recolher junto da família informação pessoal sobre a pessoa cuidada: alimentação, gostos, formas como reagia aos profissionais, atividades que realizava, entre outras (6) (25) •Fazer com que a família se sinta um membro da equipa de cuidados (21) •Ajudar os cuidadores informais no período de admissão tendo atenção a reações emocionais e sinais de depressão (25)
<p>Comunicação entre o enfermeiro e a família</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Desenvolver uma relação de igual para igual (1) (3) (28) •Estabelecer relações terapêuticas de cooperação, amabilidade e confiança com a família (1) (6) (11) (26) •Promover suporte à família estando presente (1) (7) •Demonstrar uma comunicação aberta (13) •Respeitar as crenças, valores e convicções dos familiares e tomá-las em atenção nas intervenções (17) (28) •Manter uma comunicação permanente com a família (7) (22) (24) •Escutar os familiares sem formular juízos de valor (8) (4) (11) (25) •Facilitar a comunicação com os familiares que não conseguem vir à visita (8) •Respeitar as experiências e conhecimentos anteriores dos familiares no cuidar(8) (18) (26) •Compreender a vulnerabilidade da família aquando do internamento hospitalar (26) •Respeitar os pontos de vista da família (1) (8) (10) •Adequar a comunicação para encorajar a recuperação e o autocuidado (8) •Discutir abertamente medos, preocupações e limitações (10) •Encorajar a expressão de sentimentos e necessidades (21) •Dissolver antigos gradientes de poder entre profissionais, a família e a pessoa cuidada (6)(10) •Fazer treino de competências comunicacionais principalmente em caso de urgências e emergências nos cuidados, comunicando à família qual é a situação, qual a história clinica anterior, qual é o problema e o que é recomendado fazer (15) •Estabelecer continuamente uma boa relação entre profissionais, a família e o utente (13) •O chefe da unidade deve demonstrar-se disponível para receber/atender os familiares (13) •Utilizar na comunicação a palavra “nós”, incluindo assim as expectativas da pessoa e da família (15) •Responder a três questões essenciais da família “ Qual o problema principal do meu familiar? , “O que é necessário eu fazer?”, “Porque é importante eu fazer isto?” (15)
<p>Informação e tomada de decisão</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Transmitir a informação aos familiares e à pessoa de forma compreensível e individualizada desde a admissão (1) (3) (10) (24) (26) •Designar um familiar elo de ligação a quem são prestadas as informações (7) •Incentivar os familiares a comunicarem alterações no seu familiar (7) •Fornecer informação aos familiares que não conseguem deslocar-se ao local (8) •Comunicar à equipa especificidades relativas à individualidade do utente (10) •Comunicar frequentemente a condição do utente à família (11) •Conhecer as atitudes do utente e da família face ao seu autocuidado (11) •Permitir à família ter conhecimento de outras famílias com experiências similares (11) (21) •Responder às questões colocadas (11) •Fornecer informação de diversas formas: oral e escrita (21)

	<ul style="list-style-type: none"> •Manter a confidencialidade sobre as informações prestadas (13) •Assegurar-se que os familiares perceberam a informação e recapitular se necessário (15) •Fornecer informação sobre a doença e as opções de tratamento e cuidados de forma a tomar uma decisão baseada na informação disponível (10) •Ajudar a esclarecer comportamentos de culpa, perda e medo (6) •Permitir a participação da família e da pessoa nas decisões e no planeamento dos cuidados (3) (7) (13) •Desenvolver um clima de confiança e que podem ser importantes na tomada de decisão (4) (10) •Apoiar na criação de metas realistas e permitir a sua partilha (1) (10) (24) (25)
Planeamento dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> •Envolver o utente e a família no planeamento dos cuidados (1) (28) (30) •Considerar que o doente e a família são quem mais conhecimento tem sobre a habilidade da pessoa para manter a saúde e adaptar-se em situações de doença (10) •Respeitar as capacidades do utente e da família (4) •Compreender no plano de cuidados as necessidades dos familiares (6) (25) (26) •Prestar atenção às suas observações e antecipar necessidades individuais (8) •Mostrar transparência perante o acesso dos familiares ao plano de cuidados traçado (13) •Questionar a família sobre outras alternativas que considerem viáveis para os cuidados (13) (28) •Certificar-se regularmente que a família está a ser envolvida no plano de cuidados (15) (25) •Avaliar continuamente o processo de parceria com a família (4)
Prestação direta de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> •Convidar os familiares a participar nos cuidados e envolve-los no seu papel de cuidadores (15) (26) •Respeitar a decisão dos familiares em não querer prestar cuidados diretos ao seu familiar (1) •Permitir a personalização do espaço (quarto) com objetos pessoais (25) •Estar atenta e em sintonia com a pessoa cuidada (8) •Demonstrar-se disponível mesmo que esteja muito ocupada na jornada de trabalho (1) (8) •Acompanhar a família nos cuidados, criar confiança e incrementar as suas capacidades cuidativas (1) (10) •Motivar a pessoa e a família para a independência (3) (4) (8) (28) •Permitir que os familiares observem e participem nos cuidados ao seu familiar, nomeadamente alimentação, cuidados de higiene, eliminação, deambulação, transporte, procedimentos e suporte emocional (3) (4) (6) (7) (15) (19) •Permitir a participação dos familiares e da pessoa nos cuidados com o intuito de treino de competências (3)(4)(7) •Encorajar verbalmente e motivar para os cuidados (3)(8) (10) (24) •Dar <i>feed - back</i> positivo(8) •Compreender que a permanência dos familiares pode ser crucial na comunicação com utentes com alteração da comunicação (26) •Definir claramente o papel do utente nos cuidados (10) •Clarificar o papel de cuidador (25) •Fornecer informação à família sobre o que pode esperar do enfermeiro (1) •Permitir que a família possa frequentar as sessões de reabilitação (21) •Respeitar o ritmo dos familiares (21) •Envolver os familiares na verificação de procedimentos de segurança do doente e controlo de infeção tais como a lavagem e higienização das mãos dos profissionais (15) (30) •Caso a família se demonstre competente delegar e supervisionar cuidados à família (1)
Ensino e preparação para a alta	<ul style="list-style-type: none"> •Capacitar a família para a aquisição de novas competências (5) (17) •Envolver a pessoa e os familiares nos ensinamentos (4) (7) •Transmitir no ensino informação sobre cuidados no autocuidados, sobre a doença, tratamento

	<p>e recursos disponíveis (7) (17)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ensinar a família a lidar com os sentimentos, situações diferentes e tornar-se resiliente (4)(17) •Encorajar os familiares a procurarem as suas próprias soluções para os problemas (17) (18) •Ensinar à família estratégias sobre estimulação precoce (21) •Fomentar a continuidade dos cuidados e explicar à família a sua importância (3) (19) (22) •Preparar a família para o cuidar no domicílio e ensinar estratégias de combate do cansaço daí advindo (27) •Criar linhas telefónicas de apoio aos cuidadores após a alta (22) •Envolver a família no planeamento da alta e prevenção da readmissão hospitalar (2) (5) (29)
--	--

Os diversos autores concebem nos seus artigos que a parceria de cuidados com a família decorre de um processo dinâmico construído; ou seja, a negociação e o convite à parceria nos cuidados que emergem da conjugação de intervenções de enfermagem nos vários domínios de Enfermagem focalizadas num objetivo comum. De facto, a adoção de um modelo de parceria nos cuidados envolve um processo composto por momentos de cuidar que permita "elaborar com a pessoa que é cuidada e, consoante a sua situação, com os seus familiares um projeto de cuidados, ou seja, identificar com ela um horizonte para o qual ela pretenda progredir" (HESBEEN, 2000:103; WATSON, 2002, GOMES, 2009).

Contudo esta tentativa de implementar modelos de parceria de cuidados não pode prolongar-se através de atos isolados dos enfermeiros, exige coerência das diversas intervenções implementadas e reflexão. Com efeito, Grindel (2006), considera que a parceria requer a mudança de visão estratégica dos cuidados, nomeadamente a construção de uma cultura organizacional estruturada e direcionada para os benefícios advindos da parceria de cuidados (ASHURST, 2006; DINIS, 2006; DOUGLAS-DUNBAR e GARDINER, 2007; ALMANN e DOKKEN, 2012). Assim, tal como conceptualiza Santos (2002) no seu estudo, a parceria poderia adotar moldes consensuais tanto para os profissionais como para a família. Porém, ao analisar os presentes artigos desta revisão integrativa da literatura, constatamos que nem todas as intervenções de enfermagem encontradas surgem contextualizadas como implementadas pela equipa de enfermagem, mas são um desejo expresso pelos familiares; sendo assim visível a importância dos diversos atores na parceria e na procura de melhores cuidados (HONORÉ, 2013).

O estudo de Bauer (2006), de Dinis (2006) e de Chang e Yu (2013) demonstram que existem essencialmente duas perspetivas da parceria de cuidados com a família na visão dos enfermeiros: uma positiva e outra negativa. Os que consideravam positiva a participação dos familiares nos cuidados referiram que os familiares tinham a necessidade de se manterem informados sobre os seus familiares e procuravam colaborar nas atividades propostas. Por sua vez, os enfermeiros com uma visão mais negativa da parceria de cuidados observavam a presença da família como ameaçadora na medida em que se tornava mais exigente nos cuidados, quebrando as rotinas e aumentando o volume de trabalho que consideravam demasiado para os recursos existentes, criando mesmo situações de atrito com os

profissionais (MARTINS, 2004; BAUER, 2006). Talvez a falta de recursos humanos e as poucas condições para a permanência dos familiares junto da pessoa doente continuem a ser o refúgio para a não implementação das intervenções próprias da parceria de cuidados com a família da pessoa adulta. Continuamos ainda a subestimar as competências e capacidades criativas dos enfermeiros. Urge refletir, inovar e estar atentos às dinâmicas familiares e aos ganhos que poderemos trazer para a saúde (LEFEBVRE, PELCHET, LEVERT, 2007).

As intervenções de enfermagem devem focar-se então em três atributos essenciais para o estabelecimento de uma parceria: o estabelecimento de uma relação, a participação no processo de parceria e o estabelecimento de um projeto comum negociado (DINIS, 2006).

No âmbito da relação destacamos a presença constante da comunicação em todo o processo e em todos os artigos consultados. A comunicação é assim entendida como um instrumento indispensável à prática de enfermagem e um pré-requisito para o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro, o utente e a família desde a abordagem inicial na admissão/acolhimento até à preparação da alta e finalização dos cuidados (PHANEUF, 2005). Com efeito, o estabelecimento de uma relação de parceria baseia-se em competências comunicacionais que permitam o estabelecimento de uma relação terapêutica de igual para igual e estabelecimento de laços de confiança; implica ainda a capacidade de ensinar, motivar, partilhar saberes e experiências (ALVES *et al.*, 2007). É fulcral estar presente, conhecer os medos e preocupações da família, individualizar os cuidados, assistir e auxiliar, dando atenção, interpretando as reações sem julgamento e confortando. Desta forma, são fortalecidos os laços familiares, promove-se a continuidade de cuidados, permite-se o ajuste de toda a família e do cuidador informal nas situações de transição e mantém-se um ambiente familiar especialmente importante na admissão de idosos e pessoas com demências em instituições de saúde (DAVIES e NOLAN, 2004; DOUGLAS-DUNBAN e GARDINER, 2007).

O estabelecimento de uma relação negociada emerge então de uma atitude empática, na defesa do superior interesse da pessoa e da família. É pertinente que as intervenções de enfermagem deixem de lado velhas práticas de “standardização” dos cuidados e adotem uma postura aberta. É neste contexto que poderá ser aumentado o nível de satisfação dos utentes, dos profissionais de saúde e dos familiares, proporcionando um maior grau de humanização e interação entre si (CONCEIÇÃO e RAMOS, 2004).

As intervenções comunicacionais podem ser ainda especialmente marcantes no processo de transmissão de informação. A realidade contextual em que a transmissão de informação é mais focada pelos familiares é o contexto de cuidados em UCI e do doente em situação crítica. Os familiares relatam elevados níveis de ansiedade por não obterem informação sobre o estado clínico do seu familiar numa fase inicial (COYER, COURTNEY e O’SULLIVAN, 2007; LEFEBVRE e LEVERT, 2012, FULLERTON *et al.*, 2012). Cabe então aos enfermeiros fornecer à família informação de forma célere, honesta e inteligível sobre o diagnóstico, o que aconteceu (em caso de acidentes), prognóstico e possibilidades de reabilitação.

A informação deve ainda elucidar o utente e a família sobre a condição clínica de saúde/doença utente, as necessidades de tratamento, os procedimentos propostos de acordo com a *legis artis*, os riscos e os benefícios envolvidos, os procedimentos alternativos adequados à situação, os efeitos secundários, o prognóstico/qualidade de vida que podem esperar, as consequências para o utente em não aceitar ou recusar a proposta médica, bem como o direito do utente em não consentir ou de revogar o seu consentimento (FILIPE, 2004). Uma vez que a informação de saúde visa transmitir os diagnósticos e prognósticos sobre o estado de saúde de um utente, verifica-se algumas vezes que a informação de saúde pode nem sempre ser a esperada/desejada pelo que a sua transmissão deve ser preparada. Deste modo, lidar com a informação de saúde constitui um desafio para os profissionais de saúde, encerrando a necessidade de implementação de intervenções sensíveis à dimensão ética do respeito pela pessoa na sua individualidade, autonomia e no direito ao exercício da sua cidadania (DEODATO, 2012).

Aludir à parceria de cuidados com a família implica ainda objetivar a relação na participação. É esta participação que permite assumir conjuntamente com a interseção dos outros dois atributos da parceria que o familiar é um parceiro no cuidar. O familiar pode participar na tomada de decisão, no planeamento dos cuidados e na prestação direta de cuidados, incrementando as suas competências cuidativas ou pode mesmo ser apenas ativo no processo de tomada de decisão e planeamento dos cuidados, não participando na execução dos cuidados (CONCEIÇÃO e RAMOS, 2004, BAUER, 2006; DINIS, 2006; ALVES *et al*, 2007, HUBBARD *et al*, 2010; HEEKYUNG e PARK, 2013; EWART, 2014).

No estabelecimento e negociação da parceria de cuidados o enfermeiro deve estar especialmente atento e respeitar os familiares quando decidem não prestar cuidados diretos ao seu familiar. Esta realidade está bem patente nos cuidados paliativos, em que o enfermeiro deve procurar compreender que nem todos os familiares se sentem preparados para cuidar do seu familiar numa fase terminal, assegurando, no entanto, que vai ajudar o utente a ter uma qualidade de vida tão boa quanto possível, confortando os familiares (OHLÉN, 2007).

De todos os autores analisados, sublinhamos ainda a preocupação de Dinis (2006) em salientar as intervenções de enfermagem que visam a expansão do conhecimento em Enfermagem, nomeadamente a realização de investigação que sirva de base, não só às práticas, à conceptualização da parceria de cuidados com especial enfoque na família mas também à divulgação de temáticas relacionadas com a parceria familiar. Com efeito, uma das características da profissão é o aumento do seu corpo de conhecimento próprio, o que permitirá melhorar os resultados para os utentes (VIEIRA, 2009). Salientamos ainda a dificuldade presenciada em encontrar estudos que demonstrem claramente os benefícios da parceria de cuidados.

Em suma, as intervenções de enfermagem na parceria podem ser encaixadas na criação da mnemónica “PARCERIA” criada por Gomes (2007) e agora adaptada à parceria de cuidados com a família:

Participar na tomada de decisão;

Atenção, tempo, disponibilidade, dado pelo enfermeiro;

Respeito, pela sua pessoa e pela família, seus conhecimentos, crenças e valores;

Conhecimento de tudo o que se passa consigo, o doente e a família poderem falar de si;

Exercer os seus direitos, ter explicações acerca da doença e dos cuidados;

Receber cuidados personalizados, individualizados e negociados;

Informar o doente e a família do que pode ou não pode fazer e vai fazer;

Aceitar a individualidade da pessoa e da família e compreender a sua subjetividade.

Conclusão

Apesar das mudanças demográficas a que temos assistido, acompanhadas da modificação da estrutura familiar e dos cuidados de saúde, a família continua a desempenhar um papel de apoio aos seus membros.

Nesta perspetiva, a prestação de cuidados à pessoa adulta fora do contexto domiciliar surge como uma crise e uma necessidade de adaptação à nova situação. Urge, então, não dissociar ou afastar dos cuidados a família e adotar um modelo de parceria de cuidados. Esta parceria de cuidados tem-se mostrado bastante profícua na área pediátrica, pensando-se trazer ganhos significativos na humanização, qualidade e continuidade dos cuidados por parte da família. Famílias mais capacitadas e cujos medos e dúvidas foram desfeitas verão os seus níveis de *stress* e ansiedade reduzidos, aquando do regresso a casa do seu familiar.

Esta perspetiva dos cuidados de enfermagem requer, não só uma atitude aberta e de mudança, mas também um investimento pessoal e institucional na atualização e formação permanente nos quatro domínios da disciplina de Enfermagem.

As intervenções de enfermagem encontram-se assim inscritas em sete momentos do cuidar, baseando-se no estabelecimento de uma relação de confiança, aberta e com uma comunicação eficaz onde a informação flui entre os diversos atores do processo de parceria; na participação dos familiares na tomada de decisão, planeamento e colaboração na prestação de cuidados; bem como, no estabelecimento de um projeto de cuidados comum negociado.

2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

De acordo com Watson (2002), cuidar em enfermagem diz respeito a uma relação estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro que vai para além do mero pensamento à ação, ela requer reflexão sedimentada na teoria, na prática e na criação de opções criativas no cuidar, requer ainda intencionalidade e ética; são estes fatores incondicionais para a aquisição das competências em Enfermagem. Deste modo, o enfermeiro especialista na construção do seu perfil de competências deve saber mobilizar conhecimentos para a prática no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010). Com o intuito de ilustrar o desenvolvimento das minhas competências na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, destacarei ao longo do texto os episódios vivenciados que podem ilustrar e justificar as referidas competências. Denoto que estas últimas surgiram demarcadas a negrito ao longo dos três estágios.

Os Módulos de estágio são apresentados de acordo com a ordem cronológica pela qual foram realizados: SU de um hospital central da região do Algarve, o segundo estágio foi realizado numa ECSCP da mesma região e por fim o estágio de UCI foi efetuado num hospital privado da região de Lisboa. Durante o mencionar dos estágios é feita alusão às teorias de Afaf Meleis e de Jean Watson quando tal se justificar pertinente para a compreensão das competências especializadas desenvolvidas.

2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio referente ao Módulo I – Serviço de Urgência (SU) foi realizado de 28 de abril a 21 de junho de 2014. O local selecionado para esta prática clínica foi o SU de um hospital central da região do Algarve. No âmbito da rede nacional de urgência e emergência, este S.U. tem a denominação de urgência polivalente de acordo com o DESPACHO nº5414/2008, encontrando-se vocacionado para o atendimento e a prestação de cuidados de natureza urgente e emergente. Escolhi o S.U. daquele hospital por ser o hospital onde desempenho funções e pela sua abrangência geográfica, sendo referência para a população do Algarve e algumas regiões do Baixo Alentejo e pela sua polivalência de especialidades médicas. Deste modo, ser-me-ia mais fácil conseguir uma visão mais ampla de casos e maior multiplicidade de experiências o que foi crucial para a minha aprendizagem. Denoto ainda que este hospital se encontra localizado numa região com grande diversidade geográfica sendo constituída por serra, praias e ilhas; assim os seus utentes são transportados não só via terrestre, mas

também por via aquática e via aérea (helicóptero ou avião). Para além deste fator, a região em que está inserido é fortemente povoada por estrangeiros e turistas estando sujeita à sazonalidade e à multiculturalidade. Esta realidade pode ser também entendida como uma oportunidade para a aquisição de competências no âmbito de uma Enfermagem consciente de que pessoas de culturas diferentes têm a capacidade de orientar os profissionais para receberem os cuidados que desejam e de que necessitam não esquecendo a sua especificidade e individualidade (LEININGER, 2001). Atendendo, a estas características considero que esta unidade reunia todas as condições para a concretização do meu primeiro estágio num SU e conseqüentemente a aquisição de competências no cuidar da pessoa em situação crítica, devido à eminência da instalação ou presença de falência das suas funções vitais (OE, 2010).

O SU encontra-se organizado fisicamente nos seguintes sectores: triagem, sala de diretos, balcão de ortopedia, balcão de cirurgia, balcão médico-cirúrgico 1, unidade de cuidados intermédios do SU (UCISU), balcão médico-cirúrgico 2 e sala de decisão clínica.

A equipa de enfermagem é constituída por seis equipas que trabalham em sistemas *roulement* assegurando a rotatividade dos três turnos diários e tendo como método de trabalho o de enfermagem individual (COSTA, 2004). Cada equipa de enfermagem é liderada por um chefe de equipa e um subchefe. Estas funções são, por norma, atribuídas aos enfermeiros com mais tempo de experiência profissional no serviço e enfermeiros especialistas, fazendo o critério de seleção jus à experiência profissional desenvolvida ao longo da sua carreira, à competência de liderar e à capacidade para adequar os recursos às necessidades advindas das diferentes situações e nível de maturidade da equipa (SILVA, 2009).

Durante o estágio verifiquei ainda que estavam de momento 3 enfermeiros em processo de integração e que a equipa vivenciava uma fase de escassez de recursos humanos, tanto devido à saída de elementos, como absentismo laboral devido a doença; adivinhando-se a necessidade de solucionar o problema com a aquisição de mais elementos. Esta rotatividade de pessoal de enfermagem nem sempre é uma realidade desejável na cultura organizacional dos SU, visto que, este processo poderá pôr em causa a rapidez, segurança, sincronização da equipa e conseqüentemente a qualidade dos cuidados, exigindo a capacitação dos novos elemento (SILVA *et al*, 2014).

Para além do desempenho de funções de enfermeiro neste serviço, alguns elementos acumulavam ainda funções na área pré-hospitalar nomeadamente ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), viatura médica de emergência e reanimação (VMER) e no helicóptero do INEM (instituto nacional de emergência médica).

No que concerne ao circuito do utente é de salientar que este se encontra organizado de acordo com a triagem de *Manchester*. Este sistema foi criado na região de *Manchester* com o intuito de triar inicialmente os utentes de uma forma objetiva, reproduzível, passível de auditoria e com controlo médico, que promova o atendimento médico em função de critério clínico

(SILVA 2009). Para além deste código de prioridades de acordo com a atribuição de uma cor encontram-se em execução as vias verdes: coronária, acidente vascular cerebral e sépsis. Ainda não se encontra em funcionamento a via verde trauma, contudo já foi criada uma sala específica para o efeito com 2 boxes para o atendimento de pessoas vítimas de trauma, mas que também se aguarda a sua abertura.

Como finalidade deste estágio pretendi *“Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e humanas no âmbito da prestação de cuidados especializados à pessoa e família no SU”*. Do supracitado objetivo geral emergem dois objetivos específicos, o primeiro é *“Prestar cuidados de enfermagem que requerem conhecimentos especializados, à pessoa e família no SU”*.

Após apresentação física e organizacional do SU pela enfermeira especialista que me orientou no estágio, o meu primeiro turno foi passado no Balcão Médico-Cirúrgico I. Este espaço está direcionado à prestação de cuidados aos utentes cuja triagem lhes atribuiu a cor laranja, amarela ou verde e que têm independência na sua locomoção ou que se podem deslocar através de cadeira de rodas, necessitando de realizar exames complementares de diagnóstico, ou tratamentos prescritos para resolução dos problemas de saúde que os levou a recorrerem àquele serviço hospitalar. Inicialmente os utentes são avaliados pelo médico e posteriormente dirigem-se ao Balcão I; neste contexto podemos lembrar que o trabalho de enfermagem no SU se procede não só no âmbito autónomo das suas competências, mas pauta-se também por ações interdependentes realizadas em conjunto com outros técnicos (OE a, 2012), sendo necessário o constante estabelecimento de relações interprofissionais. Observei então que a qualidade dos cuidados prestados também dependia da interligação da avaliação realizada pelos vários profissionais. A comunicação desenvolvida de uma forma assertiva entre a equipa de saúde era o garante para o atingir de objetivos comuns e de uma maior satisfação dos utentes (LOFF, 2004), era essencial por vezes validar prescrições, resultados dos tratamentos ou mesmo avaliar de forma metodológica os sinais e a sintomatologia apresentada pelos utentes e transmitir de forma adequada essa informação, nomeadamente através do sistema informático ALERT ®. Este sistema informático é utilizado nos SU, e à semelhança de outros aplicativos informáticos em saúde, tem-se demonstrado vantajoso não só na substituição do papel, mas essencialmente na interligação dos dados e seu processamento, maior eficácia de procedimentos em relação ao registo e recolha convencional da informação, a rápida acessibilidade aos dados sem perdas de informação, a maior confidencialidade da informação, a melhoria da eficiência, da produtividade facilitando as tomadas de decisão dos profissionais envolvidos (PINTO 2009). Desta forma aprender a manusear esta ferramenta foi essencial para perceber não só a dinâmica da urgência, o percurso dos utentes, mas também uma ocasião para a realização de registos claros e objetivos utilizando a adequada linguagem científica. Confesso que, inicialmente, a comunicação com a equipa de saúde nem sempre foi a mais eficaz. Considero que o desconhecimento de alguns elementos da equipa, da dinâmica orgânica de trabalho e do desconhecimento do sistema informático foi um dos entraves para conseguir uma comunicação mais eficiente. Contudo, esta foi uma dificuldade que se foi

desvanecendo ao longo do estágio, sentindo-me mais integrada e confiante na equipa multidisciplinar. Relembro que o desenvolvimento de competências comunicacionais foi essencial na urgência tanto na prestação direta de cuidados como na aquisição de experiência e conhecimentos. Relembro por exemplo quando estava na sala de diretos/reanimação procurei esclarecer dúvidas, analisar exames complementares de diagnóstico, debater procedimentos, procurar a troca de experiência e discutir os cuidados com outros profissionais nomeadamente médicos, enfermeiros mais experientes ou técnicos de cardiopneumologia, desta forma alcancei a competência **demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**. De facto um dia em que prestava cuidados no Balcão I, uma utente de 18 anos recorria novamente ao SU no espaço de uma semana por dor abdominal. Apresentava desde há 2 dias febre que cedia aos antipiréticos, mas que 8 a 16 horas depois ressurgia. Apresentava desde aquela manhã náuseas frequentes acompanhadas de vômitos alimentares. Foi encaminhada para o Balcão I para realizar análises de sangue e urina e lhe ser administrada metoclopramida e paracetamol por via intravenosa. A utente apresentava-se acompanhada pela mãe e manifestava um comportamento inquieto, de difícil controlo até para mãe. Durante a prestação de cuidados analisei a postura adotada pela utente, notei que esta se sentava no cadeirão com flexão anterior, vislumbrando a possibilidade da permanência da dor abdominal. Com efeito, a dor é uma sensação corporal desconfortável, que pode alteração o tónus muscular, comportamento de autoproteção e pode também alterar o processo de pensamento podendo manifestar-se por inquietação (OE, 2008). Após receção dos resultados das análises e da administração dos fármacos prescritos o médico deu indicação para dar alta à utente. Surgiu então a confrontação entre as avaliações feitas pelos profissionais. Pus então em prática em parceria com a enfermeira orientadora, três princípios da autonomia em enfermagem: julgamento, decisão e ação (HONORÉ, 2013). Ambas considerámos a necessidade do enfermeiro advogar pelos direitos da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, e, assim, comunicámos ao médico a avaliação da dor peri-umbilical, difusa que a utente nos tinha expressado, a postura que adotara durante a sua permanência na administração terapêutica, a inquietação, o início de sinal de defesa à palpação sem que fossem palpáveis massas, a manutenção da dor apesar da administração de terapêutica analgésica, sugerindo ao médico o encaminhamento para a especialidade de cirurgia e a realização de outros exames complementares nomeadamente a ecografia. Assim instruí a utente e a mãe para a necessidade de manter jejum enquanto não houvesse um diagnóstico diferencial nomeadamente apendicite, cujas complicações podiam dever-se a ingestão alimentar e conseqüente perfuração intestinal e peritonite (HERRINGTON, 2011). Neste caso a comunicação assertiva e a orientação da utente para os recursos técnicos mais adequados foi benéfico não só para a resolução do problema em questão, mas também para a prevenção de complicações que punham em questão a segurança da utente, mas também para sua satisfação (OE a, 2012). Desta forma desenvolvi a competência **gere e interpreta de forma adequada, informação proveniente da sua formação profissional, da sua experiência**

profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada, fazendo convergir conhecimentos de várias áreas de Enfermagem e competências clínicas e de comunicação.

Foi também através da interpretação sobre as várias vertentes do cuidar humanizado em Enfermagem que surgiu a adoção do tema central para os três estágios. Através da análise da minha experiência anterior na prestação de cuidados a utentes em Hospital de Dia e num Serviço de Medicina, tendo já previamente a preocupação de envolver a família no processo de saúde/doença e convidar os familiares a participarem nos cuidados e da reflexão sobre uma situação marcante neste contexto de estágio que percecionei a necessidade de estabelecer entre os enfermeiros, os utentes e a família uma parceria nos cuidados. “Cuidar em conjunto” pode ser a oportunidade de desenvolver através do pensamento crítico dos enfermeiros o reconhecimento do lugar dos não-profissionais nos cuidados, no estabelecimento de relações profícuas (HONORÉ, 2013). Um caso que na minha ótica ilustra os ganhos em saúde que esta parceria pode trazer para a continuidade de cuidados e a gestão de recursos, foi o caso vivenciado num dia em que o setor do Balcão I estava com uma grande afluência de utentes. Nesse dia todos os cadeirões estavam ocupados havendo ainda algumas pessoas em cadeiras de rodas. Chamei uma utente de seu nome M. para fazer uma colheita de sangue e administração de furosemida intravenosa com o intuito de controlar a sua hipertensão arterial. Ao verificar o nome da utente apercebi-me de que quem tinha respondido era uma senhora (Sra^a) que acompanhava uma idosa em cadeira de rodas. Confirmei o nome na pulseira da utente. A Sr^a M. era uma senhora de 78 anos, emagrecida, com pele de turgescência seca que aparentemente tinha hemiplegia. De facto ao conversar com a acompanhante da Sr^a M. confirmei que a utente estava afásica e que não mobilizava o hemicorpo esquerdo devido a um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico há 3 anos. Questionei se a Sr^a que a acompanhava era a sua familiar e se era sua cuidadora. A Sr^a era a nora da utente e desde que a Sr^a M. tinha regressado do internamento hospitalar após o AVC que cuidava da sogra e a acompanhava nas consultas e nas deslocações às instituições de saúde. Expliquei a ambas o procedimento de colheita de sangue e da administração da furosemida e os efeitos esperados. A cuidadora advertiu-me de que a Sr^a M. se encontrava confusa e de que não iria colaborar comigo nos procedimentos. Convidei então a cuidadora a participar nos cuidados, ao que esta se prontificou a segurar a mão da Sr^a M. e a deixar-me inserir um cateter venoso periférico. Após administração da furosemida certifiquei-me com a nora que a Sr^a M. tinha incontinência urinária, tendo um dispositivo de incontinência para adulto (vulgo fralda) colocada há 3 horas, podendo não ter capacidade para absorver a urina resultante do período após administração do diurético. Ponderei então trocar a fralda à Sr^a M. antes de a encaminhar de novo para a sala de espera esperando que a medicação surtisse efeito. Nesse momento uma enfermeira do serviço disse-me para aguardar pela auxiliar para me ajudar a proceder à troca da fralda e higienização perineal. Não concordando com a atitude da colega convidei novamente a cuidadora a ajudar-me. A nora transferiu a utente para uma marquesa, retirou a fralda húmida e durante a higienização perineal verifiquei que esta se preparava para passar o toalhete de limpeza da região posterior (região anal) para a anterior (vulva). Ao ver a possibilidade de

corrigir um procedimento erróneo, encarei esta ocasião como uma oportunidade de ensino/ *empowerment* na prevenção das infeções urinárias, permitindo capacitar os cuidadores. Deste modo, a promoção da saúde é entendido como um processo de capacitação das pessoas e de controlo da sua saúde, cabendo aos enfermeiros a criação de condições para agirem sobre os fatores determinantes da saúde (WHO, 2014). Capacitar na vertente da prestação de cuidados em Enfermagem pode advir da consciência de um momento transformador da prática e de um compromisso concreto com os outros, atendendo à intencionalidade dos cuidados (WATSON, 2002). É este paradigma pós moderno que é necessário transpor para a realidade dos cuidados, deste modo, ao aplicar as competências **reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica e formula e analisa questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica** pode concretizar o segundo objetivo específico proposto para este estágio *“Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e família no SU através de uma formação de sensibilização dos enfermeiros para a temática da parceria de cuidados com a família”*. A educação permanente em urgência é fundamental, pois ajusta a equipe de saúde às necessidades vigentes na prática, levando em conta as particularidades próprias de cada indivíduo, atendendo-o na sua especificidade (SILVA, 2014). Esta é também uma competência do domínio do enfermeiro especialista na melhoria contínua da qualidade que se deve marcar pelo desempenho de um papel dinamizador na incrementação e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e criar e esforçar-se por manter um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010). Tal como demonstra a revisão integrativa da literatura que serviu de sustento à sessão de formação (APÊNDICE I), a parceria de cuidados foi uma teoria transposta da realidade dos cuidados de saúde à criança, contudo os seus conceitos centrais podem ser entendidos na prestação de cuidados à pessoa adulta não só numa vertente de personalização dos cuidados tornando a urgência um serviço mais acolhedor e propiciador de uma resposta positiva à transição saúde/doença tanto para a pessoa como para a família (MELEIS, 2010), como permite manter a continuidade dos cuidados, capacita para o regresso a casa, mas também pode ter influencia na gestão de recursos. No entanto, toda esta panóplia de conhecimentos apenas é apreendida se transmitida, conceptualizada e refletida, tendo sido este o ponto alto da formação, em que os diversos enfermeiros puderam analisar não só os recursos do serviço mas também a sua prática e ver de que forma poderiam ser criativos e permitir que esta temática seja implementada no SU (ALARCÃO, 2001). Tomar a iniciativa de um tema por vezes controverso e divergente na equipa pode ser o motor para levar os enfermeiros à reflexão. Tal como presenciei na literatura pesquisada nem sempre a participação direta dos familiares nos cuidados é considerada linear para os enfermeiros, sendo um desafio demonstrar aos enfermeiros mais reticentes as vantagens da sua implementação. Prevendo já este facto, na formação foi apresentado um estudo de Bauer publicado em 2006 que demonstrava exatamente as duas tomadas de posição dos enfermeiros; contudo os relatos feitos pelos

familiares convergiam na perspectiva de que o envolvimento da família no cuidar era um indicador importante na sua satisfação (APÊNDICE II).

Em suma, desta sessão foi notório que apesar das diversas opiniões sobre a temática, esta formação foi importante para a sensibilização sobre a temática, e, como apenas 14 enfermeiros puderam estar presentes, foi feito o convite pela enfermeira chefe do serviço para repetir esta sessão novamente (APÊNDICE III e IV). Apesar das desvantagens que a aplicação deste conceito poderá trazer para o funcionamento do SU nomeadamente: ruído, acumulação de pessoas, conflitos com a equipa, aumento das exigências, dificuldade em dar resposta a todos os cuidados solicitados, necessidade de melhorar as estruturas que permitem a privacidade dos utentes, foi unanime da parte dos participantes que esta metodologia de trabalho poderá trazer benefícios na satisfação dos utentes e familiares atendidos no SU e conseqüentemente melhorar os padrões de qualidade dos cuidados prestados. É com base nesta descrição que considero desenvolvida as competências **identifica as necessidades formativas, promovendo o desenvolvimento pessoal dos outros enfermeiros, através da formação em serviço na sua área de especialização**. Com o intuito de promover a disseminação dos dados pesquisados na revisão integrativa da literatura que remonta aos últimos 10 anos e permitir aos enfermeiros em geral conhecerem as intervenções de enfermagem contempladas na parceria de cuidados, pretendo publicar em breve um artigo numa revista científica.

No âmbito da minha contribuição para a melhoria dos cuidados elaborei ainda a pedido da enfermeira orientadora um dossier para o serviço que compila alguma da legislação em saúde pertinente na prestação de cuidados (APÊNDICE V) com a finalidade de **colaborar na integração de novos profissionais** no serviço e esclarecimento dos enfermeiros sobre a legislação em saúde. Com efeito, para exercer a profissão de enfermeiro, este deve conhecer as leis vigentes e o regulamento e deontologia do exercício da Enfermagem, cabendo-lhes a responsabilidade, o dever e a obrigação de zelar pelo cumprimento dos preceitos legais inerentes à cidadania e à própria profissão, bem como velar pela saúde dos cidadãos, procurar a competência e atualização para agir em conformidade com a *legis artis* (NEVES, 2004; VIEIRA, 2009; OE, 2012). A inobservância da legislação sobre saúde implica desta forma a responsabilidade penal, contra-ordenacional, civil e disciplinar, criando normas que visam a proteção do interesse comum da comunidade (DEODATO, 2012).

Reconheço que a contribuição para a melhoria dos cuidados não se demonstra simplesmente pela criação de literatura e da sua disseminação junto da equipa de saúde, com efeito, pequenos momentos de formação informal podem ser importantes no desenvolvimento individual de cada profissional. Assim, ao longo do estágio foi também possível partilhar os conhecimentos da minha prática profissional, que exemplifico com uma manhã em que conjuntamente com a enfermeira orientadora pedia através do sistema informático GHAF® a medicação para os doentes internados na sala de decisão clínica. Ao verificar que estávamos a solicitar à farmácia tansulosina 0,4mg, fiz a observação de que da experiência e conhecimento que dispunha este fármaco deve ser administrado no período noturno. Assim procurei mais

informação que suportasse a informação fornecida. Na bula do medicamento explicita-se que a tansulosina é um fármaco com indicação para tratamento dos sintomas do trato urinário inferior associados a hiperplasia benigna da próstata, que tem como um dos efeitos secundários mais frequentes a hipotensão postural, pelo que deve ser administrado no período noturno acompanhado com alimentos pelo que se sugere a sua administração ao jantar. A administração da tansulosina na manhã poderia provocar tonturas e consequentes quedas. Deste modo transmiti essa informação aos colegas que se encontravam na sala de decisão clínica, sugerindo a alteração do horário de administração e acrescentando que este é um fármaco com apresentação exclusiva em capsula de libertação prolongada pelo que não deveria ser aberta ou triturada, impedindo a sua administração através de sondas de alimentação entérica; a tansulosina nestes casos deve ser substituída na prescrição médica por outro fármaco similar.

Outro tema de partilha de conhecimentos e especial preocupação com a segurança dos profissionais foi a necessidade de alertar esporadicamente alguns profissionais de enfermagem e médicos para o risco de picada acidental por material corto-perfurante. Ao verificar práticas incorretas na implementação das precauções básicas, não só na eliminação tardia de agulhas, contentores de eliminação de corto-perfurantes cheios acima de 2/3 da sua capacidade ou mesmo esquecimento de contagem de agulhas no final de pequenas cirurgias. Relembrei estes profissionais para a necessidade da preocupação individual de se prevenirem contra os acidentes por exposição ao sangue (picada/corte), que o material cortante deve ser depositado em contentor próprio, após o uso pelo utilizador e que os contentores devem ser mantidos em local acessível e seguro para evitar deslocações desnecessárias e evitar que caiam contaminando o ambiente. O profissional deve preparar o seu ambiente de trabalho: se não tiver acesso a um contentor para corto-perfurantes deve fazer-se acompanhar de um contentor, com todo o material corto-perfurante devidamente organizado, evitando desta forma deslocações desnecessárias (GONÇALVES, 2012). Ou seja, adotar estratégias de segurança para minimizar o risco de exposição ao corto-perfurante. Assim, tal como expõe o perfil de competências do enfermeiro especialista considerarei a gestão do risco e do ambiente como condição imprescindível para a efetividade terapêutica. Face ao exposto os profissionais agradeceram a preocupação, fazendo votos e preocupação de manter a segurança nos cuidados tanto na vertente dos utentes como dos diversos profissionais que colaboram na instituição. Verifiquei ainda que não voltei a ver novamente estes profissionais expostos ao risco de acidentes com material corto-perfurante, aprofundando assim a competência **exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização.**

Durante o decurso deste estágio tive ainda a oportunidade de participar numa formação em serviço dirigida a enfermeiros e assistentes operacionais cuja temática era a apresentação da plataforma de gestão do risco no hospital. Apesar desta ferramenta não ser nova para mim, tendo já anteriormente recorrido à notificação de dois incidentes críticos no serviço onde desempenhava funções, considerarei que seria importante conhecer novas funcionalidades do

sistema e conhecer também a perspetiva de outros enfermeiros sobre a sua utilização e tomar conhecimento de eventuais riscos que comprometem a segurança na instituição.

Refletir sobre as práticas e competências adquiridas num SU implica incontornavelmente falar da competência de **demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevisíveis e complexas, no âmbito da sua especialização**, com efeito, o SU é um serviço de porta aberta, que dá resposta a inúmeras situações de saúde que podem ocorrer em toda a região do Algarve, abarcando assim uma ambivalência e diversidade de casos ao qual o enfermeiro deve estar preparado para solucionar de forma cabal. Os enfermeiros de urgência prestam cuidados a pessoas doentes de diversas idades, numa fase essencialmente primária, aguda ou de exacerbação das doenças crónicas, sendo estes cuidados cada vez mais exigentes, inovadores e dependentes da constante evolução tecnológica. A prática de enfermagem no SU reúne, como em nenhuma outra, requer competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento (PATRICK, 2011); competências essas que não se esgotam no domínio do conhecimento teórico. O juízo clínico e a tomada de decisão que dão resposta às necessidades humanas devem surgir de forma célere e antecipatória. Com efeito, os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica vão para além de atos mecanizados ou de rotinas; emergem da decisão clínica e da supervisão dos cuidados prestados, garantindo a eficaz alocação e utilização dos recursos, mas também, um trabalho contínuo de pesquisa na procura da melhoria da qualidade dos cuidados. Considero que inicialmente foi difícil transpor conhecimentos teóricos para uma prática que se pretende reflexiva, rápida, concisa e eficaz, tal como o cuidar na urgência assim o exige. Todavia, com o tempo fui ganhando mais conhecimentos e competências na área da urgência e cuidado à pessoa em situação crítica. Este aumento da rapidez e eficácia derivam não só da experiência que vivenciei, ultrapassando progressivamente novos desafios mas também das pesquisas bibliográficas e das formações que realizei. Durante o período de estágio participei conjuntamente com alguns enfermeiros do SU numa formação prática em serviço do Departamento do SU e da UCI sobre suporte avançado de vida (SAV) e também nas Primeiras Jornadas Técnicas de Emergência do Algarve (ANEXO I). Estas formações permitiram-me melhorar a rapidez na decisão clínica nomeadamente na aplicação do algoritmo de avaliação ABCDE (*airway, breathing, circulation, disability, exposure*), mas também na tomada de perceção sobre o trabalho multidisciplinar coordenado que é colocado em prática em diversas vertentes dos cuidados no pré-hospitalar. Outra estratégia de melhoria da tomada de decisão foi a reflexão conjunta dos casos e dos cuidados prestados com a enfermeira orientadora, considero que a sua orientação e experiência foram cruciais no desenvolvimento desta competência, ajudando-me no processo de transição, não só no sentido da passagem de um elemento inicialmente mais observador para um elemento mais ativo, reflexivo e crítico, ciente das exigências do cuidado especializado, sensível às necessidades das pessoas e da família, mas concomitantemente preocupado com a gestão de recursos, tempos e de uma equipa de profissionais. Assim a prática é mais do que a simples coleção de técnicas, exige que o profissional desenvolva carácter, conhecimento e a competência para contribuir para o próprio

desenvolvimento profissional e uma abertura para aprendizagem experimental em contexto real ao longo do tempo (BENNER, 2001).

Para ilustrar um dos momentos que considero adequado a estes conceitos, relato o episódio de prestação de cuidados na sala de diretos. Estava naquele momento na sala de diretos uma Sr^a de 64 anos que tinha sido transferida no final do turno anterior de um serviço de Medicina. A Sr^a N. estava internada naquele serviço com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade há 2 semanas, tendo apresentado nos últimos dias aumento da dificuldade respiratória e febre que não estava a ceder à antibioterapia prescrita. Naquele dia após um episódio de dispneia e descida da saturação de oxigénio tinha apresentado uma crise convulsiva tónico clónica com diminuição do score da escala de coma de Glasgow (ECG) de 15 para 12. Também o perfil hidroelectrolítico das análises se tinha alterado com aumento do potássio sérico para 7,4 e aumento da creatinina com baixa resposta urinária. Quando entrei na sala para iniciar o turno o enfermeiro e o médico encontravam-se a terminar o procedimento de inserção de um cateter venoso central na veia subclávia direita de forma a aumentarem os acessos venosos e a possibilidade de administrar animas devido à instabilidade hemodinâmica que se vinha acentuando, esperando uma vaga na UCI para possível início de técnica de substituição renal. Na sala estava ainda presente uma estudante de enfermagem do 4º ano. Ao terminar a fixação do acesso venoso central, aparentemente sem intercorrências, ao considerar a doente menos reativa olhei para o monitor cardíaco e vi a frequência cardíaca baixar de 125 batimentos por minuto para 50 batimentos, alertei imediatamente o médico para esta monitorização. Com efeito a monitorização cardíaca contínua, nomeadamente o traçado eletrocardiográfico é uma ferramenta essencial para o enfermeiro na monitorização do doente crítico. Esta é uma representação gráfica das forças elétricas geradas no coração podendo ajudar ao diagnóstico de anomalias tais como disritmias, alargamento das câmaras cardíacas, anomalias de condução, enfarte agudo do miocárdio, efeitos farmacológicos, alterações eletrolíticas entres outras alterações (LIPMAN e CASCIO, 2001).

Vendo que este seria um ritmo de periparagem abri de imediato o carro de urgência, nesse instante ocorreu a paragem cardiorrespiratória (PCR). Foram iniciadas manobras de SAV tendo a equipa organizando-se rapidamente com o enfermeiro nas compressões cardíacas, o médico na via aérea, eu na preparação e administração de fármacos junto ao carro de urgência e a estudante de enfermagem no apoio da equipa. Durante as manobras de reanimação fui seguindo mentalmente o algoritmo preconizado pelo Conselho Europeu de Ressuscitação o que me ajudou a organizar os procedimentos. O ritmo de assistolia foi convertido em ritmo sinusal de 56 batimentos por minuto com pulso filiforme e a hipotensão foi corrigida com soroterapia. A Sr^a N. manteve um score de 8 com necessidade de manter ventilação mecânica invasiva em modo de pressão controlada. Após este episódio dei ainda oportunidade à estudante para realizar descompressão gástrica com a colocação de uma sonda oro-gástrica sendo drenado conteúdo aquoso acastanhado; desta forma supervisionei e avaliei os cuidados delegados, dando oportunidade à aluna de adquirir também competências técnicas.

Nesse dia, mais tarde tive ainda o desafio de cuidar de uma doente com o diagnóstico médico de edema agudo do pulmão sob ventilação não invasiva de forma independente enquanto o colega transferia a Srª N. para a UCI e durante o seu período do jantar. Neste momento pude aplicar os conhecimentos adquiridos no *workshop* promovido pela LINDE® sobre ventilação não invasiva, nomeadamente no que concerne à técnica de adaptação da interface à fisionomia da face da utente, explicar à utente e à filha o funcionamento e objetivo daquela terapia e promover a parceria com a familiar na gestão da terapêutica domiciliar e os sinais de alerta no desenvolvimento de uma crise hipertensiva e suas possíveis consequências.

Nas últimas semanas do estágio pude desenvolver duas competências que para mim foram as mais complexas: **lidera equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização** e **realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização**. Apesar de no serviço onde exercia funções ter há 2 anos, ocasionalmente, a responsabilidade de chefe de turno; ter que chefiar a equipa de enfermeiros e assistentes operacionais do SU, num total de pelo menos 15 elementos, bem como, os recursos materiais e solucionar os problemas decorrentes da prática foi um grande desafio e uma tarefa à qual é atribuída imensa responsabilidade. Esta atividade desenvolvida pelos enfermeiros tem a peculiaridades de ser implementada em equipas constituídas por pessoas diferentes, com níveis de formação distintas, as quais estabelecem relações interpessoais de cariz profissional, no sentido da prestação de cuidados de qualidade (CARNEIRO, 2009). Portanto, liderar equipas é manter uma influência sobre as ações do grupo, estando simultaneamente sob escrutínio deste, sendo responsável conjuntamente pelos resultados obtidos, o que se interliga incondicionalmente com as atividades de gestão (FERREIRA *et al*, 2012). Nesta gestão operacional ao assumir o cargo de enfermeiro chefe de turno tive a responsabilidade substituir a chefe de serviço na sua ausência, fazer a distribuição do pessoal, gerir e tentar colmatar falhas nos recursos humanos, gerir os tempos de espera para atendimento dos utentes, contabilizar a ocupação do SU, atender e solucionar as chamadas telefónicas do telemóvel de chefe de equipa, ter conhecimento das camas vagas em internamento e gerir as transferências dos utentes, requisitar material, alimentação e fármacos em falta a outros serviços, supervisionar o trabalho desenvolvido pela equipa, prever e preparar a equipa para a maior afluência de utentes de acordo com as informações transmitidas por entidades externas (nomeadamente o centro de orientação de doentes urgentes, equipas de pré-hospitalar entre outras), pelo enfermeiro de coordenação no hospital ou de acordo com a época do ano, apoiar a equipa na prestação de cuidados, realizar formações pontuais com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e a inteligente utilização dos recurso, gerir o transporte dos utentes de regresso ao domicílio, assumir um sector de prestação de cuidados quando tal se demonstrava necessário e por fim fazer uma transmissão concisa das ocorrências no turno ao enfermeiro responsável do próximo turno. Saliento que neste âmbito de atividade de enfermagem, devido à complexidade e nível de responsabilidade do papel do enfermeiro chefe de turno senti a necessidade de apoiar a minha tomada de decisão na experiência da enfermeira orientadora e mantê-la constantemente informada sobre as ocorrências no serviço. Neste sentido, aprendi que ser enfermeiro

especialista e concomitantemente gestor da unidade pauta-se por ter uma visão geral da realidade, saber diagnosticar e analisar cada caso particular, realizar um pensamento crítico assente nos benefícios, nos cuidados e na gestão eficiente de recursos, examinar as hipóteses e soluções e tomar uma decisão fundamentada no conhecimento científico e na experiência.

Muitas vezes, atuar em conformidade com tantas exigências torna-se uma função de elevado *stress* em que a capacidade de estar atento, observação e de gestão são fundamentais num serviço em que o inesperado pode acontecer e em que é necessário estar preparado para o trabalho intenso e situações de emergência ou mesmo conflitos. O enfermeiro deve então alocar as suas competências técnicas (saber-fazer), cognitivas (saber-saber) e relacionais (saber -ser e saber-estar) na gestão da unidade (CARNEIRO, 2009).

2.2.MÓDULO III – ESTÁGIO OPCIONAL

Com a oportunidade de escolher um estágio opcional não hesitei em selecionar a área dos cuidados paliativos, visto que esta tem pautado de alguma forma os meus interesses pessoais, académicos e profissionais. Com o intuito de sedimentar conhecimentos neste âmbito, e adquirir mais experiência, percecionando a importância não só do trabalho em equipa, mas também da relevância vital da parceria de cuidados estabelecida com a família e a pessoa a nível da prestação de cuidados domiciliários, escolhi realizar este estágio na região onde exerço funções numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) de 3/9 até 1/11/2014.

Denoto que desde o curso de licenciatura que a área de cuidados paliativos tem revelado uma grande importância no meu currículo académico, nomeadamente com a organização da Conferência Comemorativa do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos realizada em 2006 em Leiria, e, mais tarde, com a participação na Comissão Científica das IX Jornadas dos alunos de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria, subordinada ao tema “ Enfermagem Oncológica: Diferença(s) no Cuidar?”. Na vida profissional tenho tentado modelar as minhas intervenções, quando tal se justifica, de acordo com a filosofia dos cuidados paliativos; aplicando ações paliativas na procura do conforto, satisfação e melhoria da qualidade de vida da pessoa que sofre, tanto ao nível do trabalho desenvolvido em ambulatório na Consulta Externa, como no internamento do Serviço de Medicina.

Conforme tomei conhecimento, os cuidados paliativos surgiram em Portugal no início dos anos 90 do século pela mão de um movimento de profissionais de saúde cujos cuidados visavam o controlo da dor, mais tarde, este movimento deu lugar a um conceito mais alargada de cuidados paliativos (MARQUES e outros, 2009). Hoje, estes cuidados propõem-se afirmar a vida, mantendo a dignidade da pessoa, potenciando ao máximo a sua qualidade de vida,

mesmo quando a perspectiva curativa da doença não é mais possível e se assiste ao inevitável aproximar da morte (NETO, 2010). Os cuidados paliativos integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, estando patentes em unidades hospitalares, mas também são prestados a nível domiciliário existindo apenas, à data, 11 equipas domiciliárias no nosso país, apesar de ser estimado que em 2009 serão necessárias entre 106 a 160 equipas deste género no nosso país (CAPELAS, 2010).

Na região do Algarve existem equipas dotadas a nível hospitalar para prestar cuidados paliativos no Hospital de Faro e no Hospital do Barlavento Algarvio, contudo, a nível domiciliário existia, no momento, apenas uma equipa. A ECSCP na qual pude realizar estágio é uma equipa de Nível I que está integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), encontrando-se incorporada numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC). A ECSCP está sedeadada num Centro de Saúde, contudo assume 7 a 10 utentes em cuidados paliativos domiciliários de todo o ACES onde está inserida, tendo uma área geográfica dispersa por 1553km² que vai desde as zonas de praia, serra, cidade e regiões rurais. Esta equipa tem desenvolvido o seu trabalho a nível domiciliário desde Dezembro de 2007, abrindo em 2012 a primeira consulta de cuidados paliativos, realizada fora do âmbito hospitalar no Algarve. Esta equipa é coordenada por uma médica, tendo para além desta outros 3 médicos, 3 enfermeiros, uma psicóloga, um técnico de serviço social e uma administrativa; dispendo da colaboração de outros profissionais de saúde quando tal se justifique. De todos os profissionais supracitados apenas um enfermeiro é exclusivo da ECSCP, o que revela uma rotatividade de profissionais com outras entidades de saúde da região. De acordo com Bispo (2006), o clima organizacional presente na equipa é favorável, sentindo-se uma grande motivação e satisfação no trabalho desenvolvido, bem como uma enorme vontade de inovar, melhorar e alargar os cuidados prestados.

O horário de trabalho é das 12:00 - 20:00 às segundas, quartas até sextas-feiras; e das 8:00 às 16:00 nos restantes dias da semana. Durante cada dia está escalado um enfermeiro com 8 horas de trabalho e um médico com 6 horas de trabalho. Para além do apoio presencial prestado no domicílio dos utentes, utilizando para tal um automóvel próprio para as suas deslocações, a equipa dispõe ainda de apoio telefónico móvel nas 8 horas de expediente diárias.

O método de trabalho é o cuidado de enfermagem em equipa (COSTA, 2004), existindo um enfermeiro informalmente designado por líder, este serve de conexão com toda a equipa, detém conhecimento de todos os utentes acompanhados, os recursos disponíveis e organiza e supervisiona grande parte dos cuidados, tendo conhecimento que o trabalho em equipa é mais profícuo que o trabalho individual.

No que concerne aos utentes, estes são admitidos pela ECSCP após encaminhamento pelas unidades hospitalares ou médico de família. Inicialmente é realizado um processo de avaliação das condições económicas, sociais e de habitabilidade da casa, existência de um cuidador apto

e responsável para cuidar da pessoa durante as 24 horas do dia, responderem ao critério de conhecimento da patologia, terem doença oncológica sem perspetiva de tratamento com sintomatologia mal controlada e pretenderem receber cuidados paliativos no seu domicílio. Após este processo é assinado um termo de responsabilidade e consentimento informado. Nos casos em que os critérios de admissão não sejam preenchidos, a equipa tentará solucionar o caso ou proceder ao encaminhamento do utente para outra instituição, caso este o pretenda.

A admissão é feita de acordo com as prioridades discutidas na ECSCP, nomeadamente no que concerne à disponibilidade de meios da equipa, ao descontrolo sintomático, situações terminais e situações clínicas e sociais complexas. A primeira visita de avaliação à pessoa é combinada com o prestador de cuidados; verifiquei que na altura todos os prestadores de cuidados principais eram informais, essencialmente familiares (cônjuges ou filhos), alguns deles também idosos com dificuldades em prestar com independência todos os cuidados ao seu familiar, mas que integram o cuidado prestado como a continuidade do sentido da família, dos laços familiares, do amor e uma missão de vida (DURO, 2013).

O período de acompanhamento pela equipa estende-se desde a admissão do utente e da família até ao período de acompanhamento no luto com duração até um ano.

Considerando a especificidades deste estágio compus como objetivo geral *“Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e humanas no âmbito da prestação de cuidados especializados à pessoa e família em Cuidados Paliativos”*. Do presente objetivo geral surge o primeiro objetivo específico: *“Prestar cuidados de enfermagem que requerem conhecimentos especializados à pessoa e família cuidada pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos”*.

O estágio opcional em cuidados paliativos teve como início a apresentação das duas salas afetas à ECSCP. Durante os primeiros dois dias esteve apenas presente o enfermeiro líder porque não houve presença de médico, pelo que as chamadas telefónicas e visitas domiciliárias realizadas tiveram por finalidade a avaliação da sintomatologia dos utentes e a validação da adesão ao regime terapêutica. No terceiro dia de estágio, durante uma reunião da UCC conheci a coordenadora da ECSCP e esta solicitou-me que lesse o livro *“Terças com Morrie”* e que realizasse uma reflexão sobre este livro, referindo-se a esta atividade como uma forma de integração na equipa (APÊNDICE VI). De início não compreendi a ligação entre a leitura deste livro e a integração na equipa, contudo, mais tarde vim a entender a sua ligação à temática dos cuidados paliativos no respeito pelas decisões da pessoa e o sentido da vida e a morte. Este livro significou assim uma porta de entrada nos temas mais profundos dos cuidados paliativos, tais como a necessidade do controlo sintomático, o sentido da vida, as relações interpessoais, a aceitação da morte e os ensejos no final da vida. Estes temas eram abordados também pela ECSCP ao longo da sua prestação de cuidados. Percebi que inicialmente havia que dar resposta primária às preocupações dos cuidadores e dos utentes, aos sintomas mal controlados e a disposições de âmbito do apoio social, só mais tarde, quando

havia uma relação de ajuda estabelecida e o tempo o permitia poderíamos abordar temas mais profundos e o processo de adaptação numa ótica de gerir a mudança de vida na procura do conforto físico, psico - espiritual e social com sentido (VIEIRA, 2009).

De facto, na abordagem inicial de admissão de uma nova utente com carcinoma gástrico em programa de quimioterapia paliativa era necessário trilhar um caminho conjunto que se iniciava por perceber que informação dispunha aquela família sobre a doença, as suas expectativas e crenças. É necessário começar pela base da construção da relação terapêutica e perceber que informação dispõem sobre o diagnóstico e prognóstico. Verifiquei, tal como relata Neto (2010) que, por vezes, há médicos que fogem às expectativas dos seus doentes e lhe omitem o seu diagnóstico. O encaminhamento de utentes para equipa de cuidados paliativos é feito numa fase tardia, muitas vezes na base da justificação do controlo sintomático, negando a explicação da real evolução da doença e da proximidade da morte. Urge então aplicar protocolos de transmissão de más notícias. Estes visam recolher informações dos utentes, transmitir as informações médicas, proporcionar suporte ao utente e à família e induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano para o futuro (BAILE *et al*, 2000). Por este motivo, ao falar com a Sr.^a C., percebi que esta tinha uma vaga ideia de que tinha “um tumor no estômago que tinha sido operado”, contudo ninguém lhe explicara a sua evolução previsível e que os tratamentos que realizava no hospital e que lhe eram tão penosos não tinham como objetivo a remissão completa ou cura.

Solicitei à Sr.^a C. para me sentar junto a si e questioneei-a sobre a sua interpretação do seu estado de saúde. Foi num olhar triste e desalentado que obtive a resposta “não sei... tenho uma fraqueza que cada vez é maior, algo que não está bem...” Expliquei então à Sr.^a C. que devido à evolução normal do cancro ela iria manter aquela “fraqueza”, que era natural que nem sempre tivesse fome, mas que quando tivesse fome tentasse comer em pequenas porções. Era necessário desmistificar a possibilidade de cura e que a equipa tinha o intuito de proporcionar mais conforto e bem-estar nos últimos dias de vida. De acordo com Gonçalves, Rosado e Custódio (2010) a síndrome de anorexia-caquexia é uma manifestação habitual nos doentes em fase terminal e que para além do sofrimento que causa ao próprio doente esta é muito desconfortável para a família pela alteração da imagem e capacidade funcional da pessoa. Foi explicado também à família que a caquexia pode ser induzida pelas alterações pós-operatórias, pelas citoquinas tumorais que alteram o metabolismo celular e sistémico, mas também pelos agentes antineoplásicos, alterando o apetite e a saciação. Insistir em que a Sr.^a C. comesse poderia ser um ato cultural e de amor, mas que não favoreceria particularmente o curso da doença e o bem-estar da utente. A desmistificação destes princípios enraizados na cultura é crucial para que a família possa tornar o que é estranho e medonho em algo familiar e menos ameaçador (QUERIDO e BERNARDO, 2010). A família pode assim adotar pequenas estratégias como: manter a tranquilidade durante as refeições, evitar odores alimentares intensos, optar por pequenas refeições fracionadas com baixo teor em gorduras ajustadas aos gostos da utente e diminuir o tamanho dos pratos.

A Sr.^a C. explicou-me, igualmente que, o que a incomodava verdadeiramente eram os vômitos incoercíveis. Conjuntamente com a equipa, a abordagem inicial foi administrar metoclopramida por hipodermóclise, sendo feito o ensino à família para continuar a sua administração e explicados os efeitos desejados. A hipodermóclise dispõe de vantagens na administração, podendo ser administrada por qualquer membro da equipe de saúde ou por um cuidador informal, tem baixa incidência da dor para o utente, desconforto e infeção pelo que exige menos horas de supervisão técnica (TAKAKI e KLEIN, 2010). No entanto, como vimos anteriormente, devido à idade e às dificuldades do cuidador principal em manipular objetos pequenos tais como agulhas e seringas, foi necessário ultrapassar as frustrações iniciais, repetir procedimentos e ensinar outro familiar que apoiasse o cuidador na gestão terapêutica.

Todos os dias ligávamos para saber qual a evolução observada pelo cuidador (marido) e fazíamos uma visita domiciliar à utente. Ao terceiro dia as náuseas e vômitos tinham diminuído, contudo continuavam sem ceder na totalidade, pelo que, foi sugerido o início da administração de ondasetron *per os*, tal como indica a escala de abordagem farmacológica do tratamento de náuseas e vômitos adaptada por Querido e Bernardo (2010).

Alguns dias mais tarde, ao participar noutra visita à utente detetei que esta tinha uma mucosite. Propus então à médica a alteração terapêutica, iniciando-se de imediato a administração de nistatina e fluconazol. Ao cuidador ensinei que esta era uma intercorrência frequentemente relacionada com a quimioterapia, expliquei-lhe a necessidade de realizar à Sr.^a C. uma higiene oral cuidada pelo menos após as refeições e antes e após o período de descanso da noite com uma escova macia podendo fazer lavagens com uma solução de benzidamina que aliviaria a sensação de dor e queimadura e caso a utente apreciasse fazer bochechos com água fria, oferecer frequentemente líquidos para prevenção da desidratação e da xerostomia, preferir alimentação líquida pouco temperada à temperatura morna ou fria, e caso a doente gostasse, beber faseadamente os suplementos alimentares proteicos que deixaríamos no domicílio. Através das intervenções relatadas manifesto desenvolvimento das competências **demonstra um nível aprofundado de conhecimento na sua área de especialização e comunica aspetos complexos do âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.**

Ao investigar mais profundamente a temática da higiene oral deparei-me com o estudo de Serrano (2009) que refere que apesar dos enfermeiros valorizarem conceptualmente a temática dos benefícios da higiene oral na promoção do conforto do doente, manutenção da sua dignidade, melhorar a auto – imagem e a interação social, promover a expressão de sentimentos, facilitar a alimentação, a toma de medicação oral e ainda a prevenção de infeção, poucas vezes se verifica a tradução dos cuidados prestados e da sua avaliação nos registos. Com efeito, imprimi um catálogo da classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) – “Para uma morte digna”, mas não encontrei nenhuma intervenção específica sobre a avaliação ou ensino sobre os cuidados à boca. Concomitantemente, o sistema informático que dispúnhamos para registo não mencionava nenhuma intervenção especificamente direcionada

a estes cuidados. Desta forma, a documentação no processo da doente da avaliação da mucosite e das intervenções implementadas foi associada ao foco do papel de prestador de cuidados e à necessidade de realizar ensinamentos não só no âmbito da resolução da mucosite mas também da prevenção de complicações. Com o intuito de poder melhorar os registos de enfermagem o catálogo CIPE ficou na sala de registos para mais fácil consulta e adequação dos registos às intervenções sugeridas em cuidados paliativos.

Para além deste catálogo foi ainda adicionado num dossier o manual de integração ao serviço, bem como, todos os protocolos de controlo sintomático existentes na equipa e os documentos utilizados na avaliação do utente na consulta de cuidados paliativos.

Durante o estágio tomei ainda a iniciativa de atualizar as fichas de contactos dos utentes seguidos pela ECSCP e organizar todos os fármacos existentes, deixando presente em suporte informático no computador da equipa uma listagem com as validades de cada fármaco, assim como os fármacos que constituem cada uma das malas transportadas pela equipa. Estas listas facilitavam a procura mais rápida dos fármacos, tendo também a garantia de que todos os medicamentos estavam dentro do prazo de validade. No âmbito da gestão e organização arranjei ainda novas pastas coloridas de processos individuais de cada utente, mais fáceis de manipular e arquivar a documentação. Estas atividades permitiram organizar e gerir o espaço e o material da equipa tornando mais funcional e célere não só a consulta de documentação, mas também a eficiência no trabalho. Assim o enfermeiro torna-se um elemento proactivo no planeamento, na organização do trabalho e na gestão para o desenvolvimento das suas atividades e da equipa (PERES *et al*, 2013).

No que concerne à competência **toma iniciativa e é criativo na interpretação e resolução dos problemas na sua área de especialização**, propus ainda uma ação de alocação de recursos materiais e financeiros que pudesse colmatar as dificuldades financeiras da equipa através da submissão de uma candidatura ao concurso “Missão Sorriso”. Esta candidatura tinha como intuito apoiar idosos em cuidados paliativos, explicando o trabalho desenvolvido pela ECSCP e as necessidades apresentadas na aquisição de ajudas técnicas, no entanto a proposta não passou à fase final de avaliação e votação pelo público, ficando o ensejo de voltar a concorrer no próximo ano.

Tendo em conta o previsível aumento do número de utentes seguidos no domicílio de 10 para 15 e na consulta de cuidados paliativos e a amplificação do número de horas diárias de enfermagem para 12, e o estabelecimento de protocolos de apoio com outras ECCI (Equipa Comunitária de Cuidados Continuados Integrados) do ACES a ECSCP precisaria de mais recursos. A par deste crescimento, a equipa iria ainda propor à ARS (Administração Regional de Saúde) o início de um projeto-piloto de apoio telefónico aos utentes e cuidadores após o horário laboral com começo em Novembro de 2014. De acordo com o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2005) as equipas domiciliárias deveriam assegurar suporte telefónico nas 24 horas diárias, porém tal ainda não se verifica no Algarve devido à limitação dos horários de

trabalho dos seus funcionários. Este projeto visa o esclarecimento de dúvidas dos cuidadores após o horário laboral da equipa, fornecimento de orientações nos cuidados e evitar custos associados à utilização de meios de emergência pré-hospitalar e da urgência hospitalar por parte dos utentes. Todavia, para implementação deste último projeto a equipa careceria de apoio da ARS na disponibilização de horas de enfermagem e médicas extralaborais. Sugerir então à coordenadora da equipa que durante o período experimental de um mês de utilização desta linha telefónica, que era assegurado voluntariamente por um enfermeiro e uma médica da equipa, fosse feito um estudo justificativo da necessidade da mesma. Esta proposta teve uma excelente receção por parte da equipa. Este estudo poderia ser o alicerce necessário para a continuidade de financiamento da linha de apoio telefónica por parte da ARS. Esta investigação descritiva contemplaria então o número de chamadas efetuadas pelos cuidadores, quais os motivos da chamada e caso não houvesse este apoio telefónico saber se recorreriam ao hospital para solucionar o seu problema. Na construção do instrumento de colheita de dados tentei inicialmente utilizar o programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), mas como este não era compatível com o *software* do computador da equipa foi feita de forma simplificada uma grelha em Excel® que seria preenchida por cada elemento que atendesse as chamadas (APÊNDICE VII). Para a elaboração deste instrumento foi utilizado como referência um estudo semelhante e da mesma região com utentes portadores de esclerose múltipla seguidos num Hospital de Dia apresentado em 2009 nas Conferências Internacionais de esclerose múltipla na Hungria pela Enfermeira Madalena Lourenço. Deste modo, considero que ao desenvolver a competência **promove a investigação em serviço na sua área de especialização**, tentei contribuir para a procura de respostas às questões de saúde com benefício último para os utentes, as famílias e as comunidades, procurando para tal, aludir às necessidades dos utentes na justificação da alocação de recursos (OE, 2006).

Na procura da melhoria contínua dos cuidados prestados pela ECSCP e da avaliação de dois casos de utentes seguidos no domicílio em que notei dúvidas e lacunas na correta técnica de administração de alimentação entérica, tomei a liberdade de elaborar um folheto de apoio ao ensino sobre alimentação entérica. O material impresso é uma ferramenta de apoio ao ensino, que deve utilizar terminologia compreensível aos utentes (SMITH e SANDS, 2003). Estas estratégias podem ser usadas para ensinar e consolidar o ensino, dando oportunidade aos utentes e cuidadores para fazerem perguntas sobre as palavras e ideias que não compreenderam.

Apesar de existirem poucos utentes com alimentação por sonda nasogástrica e gastrostomia percutânea endoscópica seguidos pela ECSCP este folheto foi uma ferramenta suplementar para os cuidadores e utentes na complementação do ensino realizado não só pelas equipas hospitalares como pela ECSCP. Este folheto teve o intuito de compilar os princípios inerentes à técnica de alimentação entérica, corrigir dificuldades e problemas manifestados pelos utentes, evitar a alimentação oral quando esta está contraindicada devido a cancros estomacais do

esófago, fístulas esofágicas e evitar deslocações desnecessárias ao hospital, tal como demonstra o APÊNDICE XIII.

No âmbito da aplicação dos conhecimentos teóricos à prática, relembro ainda o caso de um utente que tinha uma ferida maligna na face e que durante a minha presença na ECSCP esta ferida apresentou um crescimento anormalmente rápido com hipergranulação. Procurei na literatura um motivo para este facto, tendo encontrado que apesar de esta ser uma ferida maligna, muitas vezes a hipergranulação está associada à infeção (GOMES *et al*, 2013), o que permitiu otimizar o material de penso utilizado e controlar o crescimento da lesão e do exsudado. Esta pesquisa sobre feridas e pensos foi ainda o mote para a troca de experiências com o enfermeiro sobre controlo do odor nas feridas, nomeadamente a utilização de iogurte em feridas terminais ou a utilização de metronidazol de aplicação tópica. É com base nesta descrição que considero desenvolvida a competência **zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização**.

Ao longo deste estágio, inúmeras foram as vivências no âmbito do cuidar em parceria com a família em cuidados paliativos, porém a que mais me marcou foi um caso particular de uma cuidadora principal que demonstrou exaustão decorrente da prestação de cuidados. A Sr.^a M. cuidava do marido o Sr. J. de 67 anos que tinham um adenocarcinoma do pulmão em estadio avançado. Esta era cuidadora exclusiva do marido desde que este tinha tido alta do internamento hospitalar no início de Junho de 2014. Nos cuidados só dispunha do apoio durante 1 a 2 horas por dia do filho. O Sr. J. era um homem de estatura média inicialmente parcialmente dependente nas atividades de vida, mas que naquele momento já estava totalmente dependente da esposa, mantendo-se acamado. No mês de Outubro a equipa recebeu a referenciação do Sr. J. feita por uma enfermeira do centro de saúde, com um pedido de apoio no controlo da dor e orientação nos cuidados a prestar.

Uma semana após a admissão do Sr. J. fiz a minha primeira visita domiciliar a esta família, o objetivo era verificar a eficácia do regime terapêutico e o seu correto cumprimento, contudo ao conhecer a cuidadora e ao compará-la com uma fotografia que estava num móvel do quarto, verifiquei que esta estava francamente emagrecida, apresentava olheiras marcadas com um fâcias que assinalava cansaço. Ao verbalizar a minha preocupação com o seu estado de saúde a cuidadora verbalizou que tinha dificuldade em ter o número de horas de repouso necessárias, quase não tinha apoio de outros no cuidar, acumulava todas as tarefas da casa, tinha dificuldade em cumprir outros papéis sociais para além do cuidar e demonstrava isolamento e apreensão perante o futuro. Smith e Sands (2003) aludindo ao cansaço do cuidador, referem que a duração prolongada dos cuidados domiciliários pode afetar ou mesmo esgotar as capacidades de *coping* do cuidador. Cabe ao enfermeiro prever e analisar estas situações na procura de soluções. Ao analisar com o enfermeiro da equipa as possíveis respostas sociais, equacionámos com a cuidadora o apoio por parte de outros familiares ou amigos nos cuidados. A cuidadora respondeu que a única pessoa que por vezes a ajudava para além do filho era uma prima, no entanto, devido ao recente falecimento do marido também com doença

oncológica não conseguiria apoiá-la. A segunda solução social seria o apoio domiciliário nos cuidados de higiene e posicionamento prestados por uma instituição da região, contudo a cuidadora salientou que já tinha feito esse pedido e que tardava em ter resposta, implorando a ajuda célere da equipa. A última resposta social que em equipa conseguimos vislumbrar foi a possibilidade de internamento para descanso do cuidador. A pausa nos cuidados pode ser uma estratégia essencial, para abordar os problemas associados à exaustão do prestador de cuidados, e ao risco de solidão associada (SMITH e SANDS, 2003). Mas quando o próprio utente não quer ser institucionalizado que solução viabilizar no caso? Esta pode ser uma decisão conflituosa entre cuidador e pessoa cuidada, envolvendo princípios éticos na escolha da melhor solução. Com efeito a construção de uma decisão ética em Enfermagem emerge na fase de planeamento da intervenção, decorrente já de uma avaliação inicial e de um diagnóstico (DEODATO, 2010). Esta decisão pode passar por ter a consciência da impossibilidade de aplicar um modelo universal de fazer bem a todos os indivíduos, mas sim preocupar-se em realizar a melhor opção possível, decidindo de acordo com a avaliação no momento (BECKERT, 2004). Esta perspetiva reflete a intencionalidade da ação. Tal como relata Watson (2002: 227) “é o espírito da nossa consciência, o qual dá forma às nossas práticas”. Neste caso, ao reunir o destinatário dos cuidados, os seus familiares e os profissionais de saúde em conferência familiar e na impossibilidade obedecer à vontade do utente e simultaneamente da cuidadora, procurou-se a intencionalidade de um bem maior e os fundamentos para a ação. Com efeito, ao recorrer ao princípio da beneficência, a natureza moral dos atos residirá no princípio escolhido, mesmo que a consciência de liberdade e responsabilidade envolva certas questões de conflito e uma eventual angústia causada pela dúvida, incertezas e consequentes riscos que devem ser avaliados e medidos; neste caso é evidente que quem escolhe também abdica (BECKERT, 2004; DOMINGUES, 2004). É fundamentada no relato anterior e na procura de conhecimento na literatura sobre a problemática da exaustão do cuidador, que, desenvolvi, as competências **demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização e toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**. Desta forma, despoletei a problemática da necessidade de solucionar o cansaço daquela cuidadora que poderia pôr em causa, não só a sua saúde, mas a continuidade de cuidados ao Sr. J., colaborando com a equipa na procura de fundamentos para a ação, cuja decisão foi a inscrição do caso na lista de prioridades da RNCCI para o internamento temporário do utente com vista ao descanso da cuidadora.

Este caso serviu também de alicerce para a formulação do segundo objetivo específico de estágio *“Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e família pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos através de uma formação de sensibilização dos enfermeiros para a temática do cansaço do cuidador.”*

Mercê da importância percebida da problemática do cansaço do cuidador na prestação de cuidados paliativos e domiciliares realizei, inicialmente, uma revisão sistemática da literatura procurando intervenções de enfermagem utilizadas na sua prevenção (APÊNDICE VIII). De forma a dar suporte ao incremento das competências **aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização e comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas**, realizei também uma formação intitulada “Prevenção do *bunden* do cuidador” com vista à sensibilização dos enfermeiros da ECSCP e da ECCI que constituem a UCC para a necessidade de avaliar e prevenir o cansaço do cuidador no âmbito dos cuidados domiciliares.

A estruturação desta formação (APÊNDICE IX) foi elaborada de forma a conhecer os conceitos associados ao cansaço/exaustão do cuidador, em que medida estes afetavam o cuidador e os cuidados, como avaliar o cansaço do cuidador. Ao preparar esta formação acabei por encontrar a validação da Escala de Zarit para a população portuguesa, curiosamente neste estudo tinha participado em 2009 a ECSCP. No final da formação apresentei alguns estudos recentes que continham intervenções passíveis de contribuir para a prevenção do cansaço do cuidador (APÊNDICE X). Nesta formação quiseram participar não só os enfermeiros, mas também os médicos, as assistentes operacionais e as psicólogas. Esta formação foi não só uma sensibilização para a necessidade de avaliar o cansaço do cuidador, mas uma troca de experiências potenciada por uma discussão aberta da realidade dos cuidados vivenciados pelas equipas da UCC (APÊNDICE XI e XII). Através desta formação ficou acordado que era primordial o estabelecimento de uma rede de comunicação entre a ECCI e a ECSCP com os médicos e enfermeiros de família, transmitindo não só a passagem dos utentes do Centro de Saúde e do Hospital para as equipas que prestam cuidados ao nível domiciliário, mas também de, informação pertinente sobre os cuidados prestados por estas equipas, resultados obtidos e informação sobre os cuidadores.

Após o período de estágio tive o convite da ECSCP para apresentar uma comunicação livre com a mesma formação nas 2^{as} Jornadas de Cuidados Paliativos do Algarve, mas por me encontrar em Lisboa a realizar o estágio do Módulo II, tal não me foi possível.

Considero que a prevenção do cansaço do cuidador tem especial relevância na atual realidade dos cuidados prestados a nível domiciliar, pelo que submeterei em breve um artigo para publicação baseado na revisão sistemática da literatura sobre a perspetiva mais recente das intervenções implementadas na prevenção do cansaço do cuidador.

Durante o período de estágio submeti ainda um poster (APÊNDICE XIV) intitulado “Incrementar o sentido de vida na pessoa idosa: contributos para uma revisão sistemática da literatura” ao IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria realizado de 5 a 7 de Dezembro em Lisboa (ANEXO III).

Após o presente estágio pretendi aumentar ainda mais os meus conhecimentos em cuidados paliativos pelo que participei no 1º Curso Básico de Cuidados Paliativos no Algarve promovido pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos, formação na qual diversos elementos da ECSCP foram formadores (ANEXO II).

2.3.MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

Com o propósito de desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica e da família, o estágio do Módulo II foi realizado de 3 de novembro a 20 de dezembro de 2014 numa UCI. Estas unidades visam a contínua vigilância/ monitorização, manutenção hemodinâmica e terapêutica, e diminuição da incapacidade da pessoa doente, tendo-se desenvolvido nos últimos anos devido a investimentos na prática, na avaliação e na investigação (DGS, 2003).

A UCI na qual realizei estágio encontra-se inserida numa unidade hospitalar privada de Lisboa. Selecionei este campo de estágio por ser uma UCI polivalente fora da região onde exerço funções, em que essencialmente os utentes são do foro cirúrgico, área na qual carecia de experiência e conhecimentos. Denoto ainda que a minha escolha recaiu sobre esta UCI de vanguarda a nível nacional por ser privada, o que me poderia dar outra perspetiva do processo envolvido na parceria de cuidados com a família e pelos valores da sua missão que são a prestação de cuidados primando pela qualidade, privacidade, conforto e segurança dos seus utentes e familiares, utilizando meios tecnológicos inovadores e promovendo a formação contínua dos seus profissionais.

Esta UCI encontra-se estrategicamente localizada no primeiro piso do edifício, na frente do bloco operatório e junto a dois elevadores com possibilidade de transporte de camas, tendo fácil acesso à zona de exames complementares de diagnóstico nomeadamente Tomografia axial computadorizada (TAC), Ressonância magnética (RNM); obedecendo assim aos padrões recomendados para a localização organizacional das UCI (DGS, 2003).

A UCI abriu em 2007 de forma inicial faseada, tendo atualmente a lotação de 8 boxes amplas, perfeitamente diferenciadas. Uma das boxes dispõe de uma antecâmara, ideal para a aplicação de medidas de isolamento, tendo esta boxe a possibilidade de ter fluxo de ar com pressão positiva ou negativa e a possibilidade de serem realizadas técnicas de substituição renal. Para além da box referida, existem outras 2 boxes em que é possível realizar técnicas de substituição renal.

Cada box está equipada com uma cama elétrica com colchão de prevenção de úlceras por pressão e barras de segurança laterais rebatíveis, monitores com um registo contínuo dos parâmetros avaliados, ventilador, bombas perfusoras e seringas perfusoras, 2 blocos de

gavetas de apoio onde se encontra algum material necessário à prestação de cuidados, mesa amovível e cadeirão. Quando o utente e a família o desejar a unidade poderá ter objetos pessoais (objetos de higiene pessoal, vestuário) ou que personalizem a unidade do doente, dos quais destaco fotografias, desenhos, relógios e objetos religiosos. Esta tendência inovadora de personalização da unidade do utente em UCI tem sido permitida em UCI destinadas ao cuidado doentes que necessitam de uma estadia prolongada neste tipo de unidades (AMBROSINO, 2012).

Numa nave central encontra-se uma área de observação simultânea médica e de enfermagem na qual existe uma central de monitorização de todos os utentes. Nesta área encontra-se ainda a zona de armazenamento e preparação de fármacos, carro de material de pensos, a zona de registos informáticos, a secretária da administrativa da unidade e o carro de urgência, em espaços perfeitamente definidos. Ressalto que toda esta área central é iluminada por uma claraboia insonorizada de grandes dimensões que permite a entrada de luz natural e a diferenciação de dia e noite. Janelas e claraboias nas UCI permitem o aumento do conforto do doente, contribuem para a diminuição da desorientação, diminuem os estímulos ansiosos para o utente, melhoram a sua quantidade e qualidade do sono e alguns estudos indicam que também contribuem para a diminuição da necessidade de analgesia (THOMPSON *et al*, 2012).

A UCI é ainda composta por sala de coordenação de enfermagem, sala de espera de visitas, copa da comida dos utentes, copa dos funcionários, quarto dos médicos, 2 salas de armazenamento de material (estéril e não estéril/equipamentos), sala de sujos, sala de limpos, rouparia e 3 instalações sanitárias distintas.

A equipa de profissionais que presta assistência contínua na UCI é composta por médicos especialistas em medicina intensiva (2 desde as 9:00 às 21:00), enfermeiros e assistentes operacionais (3 na manhã, 2 na tarde e 1 na noite) que se encontram em permanência na unidade.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros exclusivos da UCI, havendo ainda outros elementos que trabalham tanto nesta Unidade como noutros serviços de outros hospitais o que permite a confluência de experiências e conhecimentos. Independentemente do turno, estão sempre escalados 4 enfermeiros em prestação de cuidados diretos (a menos que o número de utentes não o justifique). A passagem de turno inicia-se por uma passagem de turno geral feita pelo enfermeiro responsável de turno, na qual são transmitidas informações globais sobre todos os utentes internados na UCI, perspetivas de altas e admissões e aspetos organizacionais e de recursos pertinentes na UCI. Posteriormente cada enfermeiro transmite pormenorizadamente as informações dos utentes que estão à sua responsabilidade ao enfermeiro que prestará cuidados no próximo turno, havendo um rácio de 2 utentes por cada enfermeiro ou de 1:1 caso haja uma maior instabilidade hemodinâmica do utente, tal como sugere Rao e Suhasini (2003). Deste modo, o método de trabalho utilizado é o método individual que congrega as potencialidades do cuidar individualizado prestado por cada

enfermeiro aos seus utentes, atendendo a todas as necessidades e dimensões do ser humano, priorizando o enfermeiro os cuidados que terá de prestar (COSTA, 2004).

A UCI dispõe ainda de uma administrativa exclusiva que trabalha durante o período da manhã. Para além dos profissionais mencionados pode ser ainda solicitada a colaboração e articulação com outros profissionais (ex. fisioterapeutas, dietistas, técnicos de radiologia, etc.) e serviços, de forma a otimizar os cuidados e recursos.

Denoto que esta colaboração estreita entre profissionais tem resultado com ganhos positivos para os cuidados prestados, destacando neste preâmbulo a discussão de casos que ocorre todas as manhãs e que envolve: médicos, responsável de enfermagem, um técnico de laboratório e um farmacêutico. Desta forma é possível não só complementar as informações recolhidas mas também ter uma perceção antecipada da eficácia dos fármacos propostos no plano terapêutico, bem como, ter uma noção precoce do crescimento de culturas microbiológicas em curso.

No que concerne aos utentes, estes são provenientes do Serviço de Atendimento Médico Permanente, do Bloco operatório, hemodinâmica e de outros serviços de internamento, o que compreende na sua generalidade utentes com mais de 28 dias de idade, do foro médico e essencialmente cirúrgico de várias especialidades (cirurgia geral, cirurgia cardiotorácica, cirurgia vascular, neurocirurgia, urologia, nefrologia, ortopedia, entre outras). Apesar da idade de admissão nesta unidade ser bastante baixa, durante o período de estágio todos os utentes foram adultos.

Com o intuito de facilitar o acompanhamento por parte dos familiares estes podem fazer chamadas telefónicas para contato com a equipa de saúde no período das 8:00 às 23:00, esta informação encontra-se disponível num folheto distribuído a todos os familiares durante o seu acolhimento, ou comparecer no serviço durante o período de visita das 11 às 21:00. De acordo com Carpenter e Carpenter (2003) as visitas alargadas e menos frequentes são mais benéficas tanto para a família como para os utentes do que as visitas tradicionais de uns minutos em cada hora, desta forma, equilibram-se as necessidades da família e do utente, mas também se privilegia o repouso do utente.

Para a consecução deste estágio foi definido um objetivo geral *“Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e humanas no âmbito da prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família na UCI”* do qual, através da avaliação inicial realizada, emergem dois objetivos específicos: *“Prestar cuidados de enfermagem que requerem conhecimentos especializados à pessoa em situação crítica e família na Unidade de Cuidados Intensivos”* e *“Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e à família na Unidade de Cuidados Intensivos através de uma ação de sensibilização dos enfermeiros para a prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós - operatório”*. De seguida farei uma contextualização destes objetivos de acordo com as competências especializadas desenvolvidas durante o referido estágio.

O primeiro objetivo específico “*Prestar cuidados de enfermagem que requerem conhecimentos especializados à pessoa em situação crítica e família na Unidade de Cuidados Intensivos*” revela uma evolução constante durante este período de estágio que passo a descrever.

No início deste estágio deparei-me com uma UCI diferente de todas outras que tinha conhecido anteriormente por motivos pessoais, em estágio ou profissionais. Esta era composta por grandes áreas individualizadas em que se destacava um ambiente cuidado, de cores ténues azuis e verdes e uma iluminação natural bastante marcada, dando jus à preocupação de aplicar os princípios da cromoterapia nas UCI como redutora do *stress* tanto nos utentes como nos profissionais (BOCCANERA, BOCCANERA E BARBOSA, 2006).

Foi neste ambiente acolhedor que tive a oportunidade de cuidar de diversos utentes e desenvolvendo competências especializadas em enfermagem.

Inicialmente, para mim, cuidar de um doente crítico era sinónimo de uma constante pressão e *stress*, por medo de não dispor de uma panóplia alargada de conhecimentos que permitissem dar resposta às especificidades das necessidades dos utentes, falta de experiência na área, receio de não corresponder às expectativas dos utentes, da família e da equipa de saúde e simultaneamente um grande receio de errar e comprometer a vida do utente. Por estes motivos este estágio foi marcado por uma evolução gradual sedimentada na análise dos casos, reflexão crítica, discussão dos cuidados, procura de evidência científica confrontando-a com a realidade, questionamento dos resultados observados na prática e uma enorme vontade de aprender e procurar cada vez mais o conhecimento e a excelência dos cuidados. De facto, cuidar do doente crítico não se cinge à manutenção das funções vitais e prevenção das complicações advindas da doença, mas deve ter em conta a primazia dos cuidados humanizados, atendendo não só às necessidades da pessoa doente mas também preocupar-se com o envolvimento da família em todo este processo que pode ser transitório e simultaneamente transicional (DGS, 2003; OE, 2010; MELEIS, 2010). Compreende-se então que, cuidar do doente crítico exige a aquisição, desenvolvimento e aplicação de competências especializadas na observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de informação, com a finalidade de conhecer, detetar e antecipar as complicações e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2003). Assim, durante o período de estágio procurei incrementar os meus conhecimentos com oportunidades formativas internas e externas. Participei numa formação sobre gestão integrada de resíduos hospitalares promovida pelo hospital de estágio e no Curso de Ventilação Mecânica Invasiva para Enfermeiros realizado no Hospital da Luz (ANEXO IV). Para além das formações formais referidas tive a necessidade de pesquisar mais aprofundadamente a bibliografia sobre ventilação mecânica invasiva, técnicas de substituição renal, cuidados pós cirúrgicos, sépsis e algumas patologias que observei durante o estágio das quais realço a doença renal crónica, hematomas retroperitoneais espontâneos, doenças renais como a hemocromatose, entre outras.

Tal como relata BENNER (2001), senti neste estágio que os contextos reais podem criar dificuldades, mas ao mesmo tempo, possibilidades e recursos, em que a evolução para a boa prática se faz na base do juízo clínico reflexivo. Observar, refletir e questionar constantemente os meus conhecimentos e práticas recorrendo à experiência dos enfermeiros do serviço e da pesquisa de artigos em bases de dados, ou da literatura presente em livros especializados, foi essencial para considerar que este estágio foi crucial para desenvolver a competência **mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto - desenvolvimento pessoal e profissional.**

Reconheço hoje que a avaliação organizada, sistematizada e integral da pessoa, é essencial para a prestação de cuidados e antecipação de complicações. Esta avaliação deve iniciar-se logo no primeiro contato com a pessoa e prolongar-se durante todos os períodos afetos à prestação de cuidados. Com efeito, o julgamento clínico e o desenvolvimento de conhecimento convergem no processo dinâmico de pensamento e avaliação em Enfermagem que leva a uma hipótese para explicar os estados clínicos e à formulação diagnóstica (URDEN, STACY e LOUGH, 2008). Decorrente desta análise, durante o estágio, ao realizar a avaliação do estado de consciência dos utentes, constatei que nem sempre a Escala de Coma de Glasgow (ECG) era aplicável devido à entubação orotraqueal concomitantemente com sedação e analgesia. Desta forma, era necessário recorrer a uma escala específica para utentes sedados. A literatura descreve essencialmente a utilização de duas escalas: RASS - *Richmond agitation and sedation scale* e a escala de Ramsay, sendo esta última atualmente a mais utilizada (MENDES *et al*, 2008). Ao analisar o contexto da prestação de cuidados e não havendo nenhuma escala instituída nas normas da UCI, decidi usar nos meus cuidados a escala de sedação de Ramsay pela sua facilidade em ser aprendida e utilizada, sensibilidade e especificidade e por ser muitas vezes utilizada pelos enfermeiros da UCI na passagem de turno. A escala de Ramsay gradua de 1 a 6, a ansiedade, agitação ou ambas, até coma irresponsivo, permitindo desta forma perceber os níveis de sedação atingidos, podendo evitar sedação profunda desnecessária, reduzir o tempo de ventilação mecânica e internamento e conseqüentemente reduzir os custos hospitalares. (MENDES *et al*, 2008). Todavia estive ciente de que a escala de RASS era mais criteriosa na descrição dos estados de agitação que vão desde o inquieto ao agressivo, mas simultaneamente mais extensa; apesar de ambas as escalas terem uma boa correlação. Assim, tanto na transmissão de informação por escrito no sistema informático SORIAN[®], como na passagem de turno mencionava a escala pela qual optei na avaliação do nível de sedação. O exposto permite-me demonstrar a competência desenvolvida **avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.**

Outro parâmetro a ter em conta na avaliação do utente é a avaliação física, recorrendo a técnicas de observação, palpação, percussão e auscultação na deteção de padrões patológicos e no diagnóstico do estado clínico do utente (MARIA, MARTINS e PEIXOTO, 2003). Um caso que ilustra esta temática foi o caso do Sr. A. que foi internado na UCI no

contexto de agudização do enfisema pulmonar, já tinha iniciado terapêutica imunossupressora no domicílio e era seguido em consulta de Pneumologia, ponderando-se um possível transplante pulmonar. Inicialmente esteve submetido a ventilação não invasiva, e por agravamento da sua dispneia, parâmetros gasimétricos e hemodinâmicos foi conectado a prótese ventilatória. Naquele dia estava sedado com propofol e midazolam e curarizado com brometo de rocurônio, com aporte de FiO₂ de 75% em modo ventilatório de pressão controlada. Na tentativa de melhorar a expansão pulmonar foi realizada pela médica otimização do modo ventilatório e manobra de recrutamento alveolar com elevação da PEEP (pressão positiva no final da expiração), contudo, e apesar da evidência da literatura (BUGEDO, 2012), esta manobra não teve o resultado esperado, mantendo o utente uma auscultação caracterizada por sons crepitantes, ásperos essencialmente no campo pulmonar esquerdo, gasimetricamente com hipoxemia com saturações periféricas de oxigénio que não ascendiam acima de 91%. Em concordância com a médica foi realizado posicionamento em decúbito ventral de forma a melhorar a expansão alveolar, drenar secreções e aumentar a perfusão da região anterior dos pulmões (BERNARDO *et al*, 2008). Este tipo de posicionamento requer, pela sua especificidade e complexidade, a participação ativa de 5 elementos da equipa de saúde, na qual pude participar. Ao enfermeiro cabe a preparação de todo o material necessário, preparação do utente (comunicação do procedimento, preparação da pele, monitorização cardíaca na região torácica posterior, prevenção de lesões oculares com hidratação, administração de antibioterapia oftálmica e colocação de penso oftálmico), colaboração na realização da manobra, observação e vigilância permanente a fim de despistar possíveis complicações (BERNARDO *et al*, 2008). Ao colaborar neste posicionamento refleti sobre a importância da avaliação contínua do utente não só nos parâmetros mensurados pelos monitores mas associando-os à resposta fisiológica, patente, por exemplo, na expansão pulmonar, na redução dos sons crepitantes, na observação da pele, na expressão corporal do utente. Só através de uma avaliação criteriosa, se pode dar lugar ao cuidar em enfermagem como processo e intervenção, baseado na tomada de decisão que visa evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (WATSON, 2002; OE 2001).

Relembro ainda a forma sistematizada que aprendi na UCI a organizar o meu turno de trabalho baseando-a na apreciação global do utente: comunicação com o utente, análise dos parâmetros vitais, parâmetros ventilatórios, adaptação dos alarmes, avaliação de todos os acessos vasculares, avaliação de todas as perfusões em curso, observação e caracterização das drenagens, observação da pele; incrementei assim a competência **desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**. Neste âmbito tenho transportado esta competência para a minha prática e difundido na integração de novos colegas na Unidade de Cuidados Intermédios onde atualmente exerço funções. Saliento aos colegas, tal como me fizeram, a importância dos alarmes luminosos e sonoros que muitas vezes são desvalorizados pelos enfermeiros, tornando-se desagradáveis e condicionando negativamente o ambiente dos utentes e dos profissionais pelo seu ruído provocador de *stress* (CARPENTER e CARPENTER,

2003). Os alarmes clínicos são uma ferramenta indispensável e “*life-saving*” na deteção de alterações hemodinâmicas, devem ser programados em parâmetros aceitáveis de acordo com o estado de saúde do utente, em cada turno de trabalho devendo ser uma prática corrente de todos os enfermeiros (GALO, *et al*, 2013). De facto, durante o estágio na prestação de cuidados a uma utente no primeiro dia pós cirurgia de revascularização do miocárdio com 2 *bypasses* no início do turno verifiquei a parametrização dos alarmes do monitor. Após a prestação dos cuidados de higiene a utente foi assistida a sentar-se no cadeirão. Após 2 horas de levante para o cadeirão; a utente encontrava-se ainda sentada, referiu que precisava de evacuar. As portas da box foram fechadas para manter a privacidade da utente e com a ajuda da assistente operacional posicionámos a Sr.^a M. na arrastadeira. Antes de deixar a utente na companhia da filha, verifiquei todos os parâmetros vitais que estavam estáveis, traçado cardíaco com normocardia sinusal, saturação periférica de oxigénio superior a 98% e drenagens torácicas funcionantes. A assistente operacional já tinha saído da box e ao preparar-me para deixar a utente num ambiente mais íntimo e relaxado, apenas com a presença da filha, apercebi-me de que a pele da utente apresentava uma tez húmida e que rápida e progressivamente se instalou uma palidez cutânea generalizada. Perguntei à utente o que sentia ao que referiu uma sensação de mal – estar inespecífica. Revisei na minha cabeça as hipóteses diagnósticas ao que surge em mim o receio de tamponamento cardíaco caracterizado pela tríade de *Beck* caracterizada por abafamento dos sons cardíacos, hipotensão arterial e ingurgitamento jugular (URDEN, STACY, LOUGH, 2008). Olhei para o monitor e vi descer em segundos a tensão arterial sem ser visível ingurgitamento jugular e sem alterações eletrocardiográficas. Na impossibilidade de deitar sozinha a utente, tentei reclinar o cadeirão de forma a ter tempo para chamar ajuda. O alarme luminoso e sonoro soaram com a hipotensão e bradicardia de 45 batimentos por minuto e numa fração de segundo entraram na box 2 médicos e uma enfermeira, sem que eu tivesse tido tempo de solicitar a sua ajuda. Após transferência da utente para a cama e avaliação da mesma pelos médicos esta foi conectada ao *pacemaker* – externo para prevenção de bradicardia. Houve recuperação espontânea da utente, sem perda de consciência apenas com o posicionamento em decúbito dorsal com os membros inferiores elevados. Esta tinha sido uma reação vagal associada a manobra de Valsalva, contudo as suas consequências podiam ter sido nefastas para a utente caso não houvesse uma cultura da equipa na valorização dos alarmes clínicos. Mais uma vez consolidei os princípios de que uma boa capacidade de diagnóstico e vigilância baseados na perceção e reconhecimento, avaliação observacional do utente que complementa a avaliação feita pela monitorização do doente crítico, experiência e reflexão levam à construção das competências do enfermeiro perito (BENNER, 2001). Assim, no domínio da vigilância e diagnóstico o enfermeiro deve: “detetar e determinar mudanças significativas do estado do doente; fornecer um sinal de alarme precoce; antecipar uma crise e uma deterioração do estado do doente, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico; antecipar os problemas: pensar no futuro; compreender os pedidos e os comportamentos típicos de uma doença; antecipar as

necessidades do doente; avaliar o potencial de cura do doente e responder às diferentes estratégias do tratamento”, (BENNER, 2001:122).

No âmbito do desenvolvimento da competência **demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente a família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura** exponho o caso do Sr. C. que foi o primeiro utente de quem cuidei na UCI. O Sr. C. de 78 anos tinha sido submetido no final de outubro a cirurgia de substituição da válvula aórtica, contudo devido a múltiplos antecedentes (tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crónica com oxigenoterapia no domicílio, doença renal crónica, etilismo moderado, neoplasia da laringe, já com outras intervenções cirúrgicas anteriores), uma PCR no bloco operatório e subseqüentes complicações encontrava-se ainda internado na UCI, já traqueostomizado por difícil desmame ventilatório. Naquele dia o Sr. C. encontrava-se sentado no cadeirão e era hora de administrar os broncodilatadores. Ao aproximar-me do Sr. C. expliquei-lhe o procedimento e notei que ele tentava ver alguma informação no rótulo dos broncodilatadores. Como não percebi que informação era, coloquei os inaladores na sua mão para que ele os pudesse observar; mas o Sr. C. queria-me transmitir alguma coisa que não correspondia às minhas questões, acenando com a cabeça que “não”. O facto de uma pessoa conectada a uma prótese ventilatória não conseguir interagir verbalmente com os profissionais pode constituir uma fonte de sentimentos negativos, urge então que os enfermeiros procurem estratégias comunicacionais alternativas (HENRIQUES, SILVA e FERREIRA, 2011). Ciente disto, estendi-lhe o meu bloco de notas e uma caneta e percebi, numa letra tremula “4 puffs de cada”, compreendi então, ao relacionar com os antecedentes do utente, que este era independente na administração da sua terapêutica no domicílio e que me queria transmitir a posologia da sua medicação. Da comunicação estabelecida percebi que o Sr. C. me queria ainda contar a sua história de saúde/doença e foi com a ajuda da esposa, uma senhora de nacionalidade inglesa que se expressava essencialmente na sua língua mãe, que pude perceber o percurso de vida trilhado até então. Cuidar de um utente traqueostomizado ou ventilado é um desafio para os profissionais de saúde na medida em que os doentes ventilados sentem imensos constrangimentos na comunicação verbal associados à prótese ventilatória, mas também a todo o ambiente envolvente (HENRIQUES, SILVA e FERREIRA, 2012). Os utentes podem sentir ansiedade, frustração e insegurança. Cabe ao enfermeiro estabelecer um ambiente de confiança e recorrer a estratégias comunicacionais alternativas como a mímica, leitura nos lábios, piscar de olhos, tentativa e erro, quadros de letras/ desenhos e fornecer material para escrita. A estratégia comunicacional utilizada com o utente foi também a chave para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a esposa do utente.

Dias mais tarde, ouvi na passagem de turno geral que o Sr. C. tinha tido nova PCR, estava agora sonolento, pouco responsivo, a função renal tinha-se agravado e estava mais dependente da conexão ao ventilador. Naquele dia não cuidei dele, tal como me acontecia há alguns dias, contudo tinha passado à frente da box e tinha observado o utente. No final do

turno ao sair da UCI vi a esposa do utente com um ar triste e desalentado. A esposa do utente abordou-me, senti que necessitava de conforto. Abracei-a e as lágrimas começaram a escorrer-lhe copiosamente pela sua face. Com efeito o toque é um modo de sentir humano básico e simultaneamente uma arte básica de cuidar, sendo utilizado como uma forma antiga de curar (WATSON, 2002). De acordo com Hesbeen (2000) o cuidar não se dirige exclusivamente à pessoa doente, mas deve atender com especial particularidade ao sofrimento dos outros que convivem com a pessoa doente, sobretudo no caso de situações fortemente geradoras de angústia.

Recorri inicialmente ao silêncio para abordagem terapêutica da esposa do Sr. C. Na perspetiva de Phaneuf (2005) o silêncio pode ser vislumbrado como uma estratégia que permite demonstrar respeito à outra pessoa, favorecer nela a introspeção e a reflexão, ou seja, o contacto com as suas próprias emoções.

Ofereci-lhe um lenço e depois deixei a Sr.^a expressar os seus sentimentos e mágoas, e por fim, reafirmei a sua esperança tendo presente a possibilidade do agravamento do estado de saúde do Sr. C. e a inevitabilidade de que um dia teria de preparar a sua despedida. Reconheço o quanto foi importante aquele momento para a manutenção da esperança e estabelecimento de uma relação empática confortadora; pois o sofrimento é subjetivo e é essa mesma subjetividade que justifica a empatia baseada na capacidade de se colocar no lugar do outro a fim de compreender aquilo que ela vive, partindo da sua forma de ver as coisas (LAZURE, 1994). Ser empático nas situações de sofrimento não se trata somente de mudar as palavras e torna-las positivas, há que apresentar opções válidas de uma forma aceitável para a pessoa o que consiste no reenquadramento (PHANEUF, 2005). Desta forma compreende-se que o cuidar deve caminhar na humanização, procurando o conforto como experiência de alívio, transmissora de paz, serenidade/tranquilidade ou aconchego, face a uma vivência perturbadora (SOUSA, 2014).

A comunicação demonstrou-se também uma competência eficaz no processo de criação de parcerias no cuidado com a família. Como vimos na revisão integrativa da literatura, a parceria emerge da negociação estabelecida entre enfermeiro/ utente e familiar que encerra em si uma noção de co-responsabilização (DINIS, 2006). No cuidar do idoso o enfermeiro tem no familiar um potencial parceiro; parceiro esse que pode surgir nos mais diversos contextos do cuidar. Urge refletir e construir um lugar para as famílias nas instituições e valorizar momentos como a visita. Esta perspetiva exige uma grande reflexão e mudança no comportamento dos atores, mas ao mesmo tempo sentimentos de satisfação e evolução positiva na relação. Foi na base da competência **incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências**, que apliquei os princípios pesquisados anteriormente na parceria de cuidados com a família.

Aludindo à uma situação concreta da Sr.^a O. de 68 anos que depois de ter sido submetida a nefrectomia radical à esquerda por via robótica sob anestesia geral, teve visita do filho na UCI.

Após um período inicial de apresentação e acolhimento do filho da utente na sala de visitas onde lhe expliquei como encontraria a mãe, como correu a cirurgia, os monitores, perfusões e drenagens com que se iria deparar, bem como os cuidados especiais que deveria ter na prevenção de infeções e a possibilidade de esclarecimento de dúvidas e cedência de informação adicional caso o pretendesse, encaminhei o Sr. até à box onde estava a mãe. Meleis (2010) refere que este contacto inicial com os profissionais de saúde e a possibilidade de ver esclarecidas as suas questões é um importante indicador positivo nas experiências de transição, principalmente no que se refere aos cuidados específicos das UCI (CARPENTER e CARPENTER, 2003).

Durante a visita do filho a Sr.^a O. apresentou-se nauseada. Foi administrada terapêutica antiemética e foi explicado a ambos que esta era uma intercorrência frequente do período pós-operatório, mas que existiam medidas para minimizar os seus feitos. De facto as náuseas e vômitos têm sido associados a 30-70% dos utentes submetidos a anestesia geral, sendo fatores de risco o sexo feminino, o tipo de fármacos utilizados na anestesia, tipo de cirurgia nomeadamente as cirurgias por via laparoscópica, terapêutica analgésica com opióides, a mobilização ou a história prévia destes sintomas (VIEIRA, 2011).

Posteriormente recebi informação de que iríamos receber dentro de 5 minutos outra utente vinda do bloco operatório; teria ainda de realizar os registos da Sr.^a O., contabilizar drenagens e perfusões no sistema informático INOVIAN[®] e reavaliar parâmetros vitais. Não possuiria tempo para estar permanentemente junto da Sr.^a O; decidi então, solicitar a colaboração do filho da utente explicando-lhe que apoio necessitaria a mãe, que cuidados seriam necessários caso as náuseas persistissem e solicitar a minha presença caso houvesse exacerbação dos sintomas ou alterações significativas. O filho da Sr.^a O. prontificou-se a colaborar nos cuidados até que eu regressasse, vigiou a evolução da sintomatologia, manteve-se permanentemente junto da mãe e segurou o saco de vômito, no final hidratou os lábios da mãe com uma compressa com água fresca. Quando regresssei verifiquei que o desconforto provocado pelas náuseas tinha cessado. Agradei a colaboração do filho da utente e ao despedir-se da mãe, senti que o filho se tinha sentido profícuo num momento marcado por medos, incertezas e transições. Ao mesmo tempo esta presença demonstrou-se como confortadora para a utente dando-lhe a segurança de ter junto dela uma pessoa significativa e querida que velava pelos seus desejos e preocupações (CARPENTER e CARPENTER, 2003).

No que concerne ao objetivo *“Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e à família na UCI através de uma ação de sensibilização dos enfermeiros sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós – operatório”*, reforço a noção de que este objetivo surgiu da avaliação inicial não só da realidade da UCI, mas também das minhas necessidades formativas.

Sendo que, a prevenção da infeção é um tema transversal aos cuidados de saúde e basilar nas UCI's, propus-me analisar uma das suas perspetivas à luz da realidade vivenciada na UCI.

Constatei que mais de metade dos utentes são do foro cirúrgico e que é uma realidade a readmissão hospitalar dos utentes, necessidade de realizar reintervenção cirúrgica, internamentos de longa duração na UCI, aumento dos custos associados ao internamento e do aumento da morbidade associada ao desenvolvimento da infeção do local cirúrgico (ILC) tal como descreve a *WHO* (2009). Com efeito, tomei a iniciativa de analisar detalhadamente e compilar as principais recomendações internacionais para a prevenção da ILC no período pós-operatório. Reconheço que apesar de ter destacado a parceria de cuidados com a família como temática orientadora dos meus estágios, vi no estágio da UCI uma oportunidade para desenvolver a área da prevenção e controlo de infeção tão presente não só âmbito deste estágio, mas também essencial para na minha prestação de cuidados.

Esta revisão integrativa da literatura baseou-se não só nas recomendações emanadas pelas principais instituições internacionais de prevenção da infeção, mas também em estudos originais dos últimos 5 anos pesquisados na base de dados EBSCO Host, que justificassem essas mesmas recomendações (APÊNDICE XV). Pela abrangência do tema e o reduzido tempo para a realizar foi-me impossível alargar a pesquisa a outras bases de dados.

Assim, planei uma sessão de sensibilização direcionada aos enfermeiros da UCI com o tópico da prevenção da ILC no período pós-operatório que se veio a concretizar no dia 17 de dezembro (APÊNDICE XVI e XVII). Devido à diminuta participação dos enfermeiros associada ao trabalho na UCI e compromissos pessoais, a avaliação da sessão não foi feita com o documento elaborado para tal (APÊNDICE XVIII). No entanto, os enfermeiros presentes demonstraram-se interessados nos resultados obtidos, esclareceram dúvidas, discutiram o tema e confrontaram os conhecimentos expostos com a sua prática. Concluo assim que os objetivos da sessão: “compreender os conceitos envolvidos na infeção do local cirúrgico” e “refletir sobre as medidas que contribuem para a prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós-operatório no cliente cirúrgico” foram totalmente atingidos. De forma a dar oportunidade aos outros enfermeiros da UCI de terem igual acesso à informação transmitida na formação, foi fornecida à UCI a apresentação realizada.

Considerando a importância do tema e sendo esta uma das principais infeções descritas no contexto dos cuidados de saúde resolvi publicar um artigo intitulado “Intervenções preconizadas na prevenção da infeção do local cirúrgico” na Revista Sinais Vitais e propor este tema para uma formação no serviço onde exerço funções (APÊNDICE XIX). Perante o descrito, considero ter desenvolvido as competências **demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.**

3.CONCLUSÕES GERAIS

O relatório "*A família como parceira nos cuidados*" reflete o meu percurso no caminho rumo à especialização em enfermagem. Este contribui para a reflexão de todas as atividades planeadas e desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio. A trajetória do desenvolvimento de competências especializadas teve como linhas orientadoras os princípios inerentes à teoria de Jean Watson e Afaf Meleis, que me auxiliaram na estruturação da minha atual visão da Enfermagem e do cuidar inserido no paradigma da transformação. Durante a leitura atenta deste trabalho podemos encontrar pequenos trechos que confirmam esta afirmação.

Ao realizar uma análise global de todo o percurso feito, considero que os diferentes contextos de estágio, no caso, SU, ECSCP e UCI me proporcionaram oportunidades únicas na progressão gradual e autónoma no processo de desenvolvimento pessoal e profissional onde atingi todas as competências esperadas para um enfermeiro especialista.

Denoto que, algumas atividades se encontram ainda em curso, referindo-me à necessidade de ajustes e aperfeiçoamento de alguns artigos para submissão a revistas da especialidade.

Como temática central dos estágios abordei a parceria de cuidados com a família, considerando-a crucial na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Ao apontar diversas perspetivas teóricas analisadas na revisão integrativa da literatura e à luz dos princípios ético, legais e humanos, apraz-me considerar a parceria de cuidados com a família como o retornar às origens da Enfermagem, mas, ao mesmo tempo, a emergência de um novo paradigma no cuidar que se adapta concomitantemente com as exigências sociais, demográficas, económicas e os princípios da própria profissão.

Foi no contexto de uma prática crítico/reflexiva procurando implementar os conhecimentos teóricos adquiridos, mobilizar experiências e partilhar saberes que progredi na construção das diversas competências próprias do enfermeiro especialista. Assim pude aprimorar competências nos quatro domínios da disciplina de Enfermagem: prática, gestão, investigação e ensino. Na prática clínica incrementei a capacidade de decisão e de julgamento clínico respondendo aos projetos individuais de saúde, procurando implementar intervenções de enfermagem sensíveis às necessidades de cada utente, integrando-o no seu grupo de conviventes significativos e tendo em conta a necessária visão antecipatória própria da promoção da saúde. Neste preâmbulo a gestão surge intimamente ligada à melhoria da qualidade dos cuidados: na liderança das equipas, supervisão, alocação de recursos e na organização ajustada à realidade dos cuidados, tão própria dos cuidados especializados em Enfermagem. No que concerne à investigação considero ter desenvolvido uma visão sólida da importância da evidência baseada na prática e da necessidade de progressão da ciência de Enfermagem sedimentada na procura sistemática da explicação dos seus fenómenos. No

âmbito do ensino as competências direcionaram-se na transferência e difusão de conhecimentos junto dos enfermeiros e da capacitação dos utentes e cuidadores para a promoção da saúde e compreensão dos processos envolvidos na proteção da saúde.

Como nota terminal, considero oportuno abordar alguns pontos-chave deste percurso que contempla as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Desta forma, considero que a capacidade de adaptação face aos diferentes contextos e necessidades da prática e a aptidão para traçar objetivos, procurar estratégias e atingi-las, foi um elemento favorecedor. Quanto às fraquezas ressalto a parca experiência no domínio do cuidar do doente internado e principalmente no âmbito do cuidar da pessoa em situação crítica que condicionou a destreza e a celeridade tomada de decisão perante situações imprevistas da prática. No que respeita às oportunidades evidencio a possibilidade de estagiar em contextos díspares do âmbito da especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, com um estágio opcional que responde às preferências individuais e necessidades formativas e ainda a permanente troca de conhecimentos e experiências com os enfermeiros orientadores no acompanhamento do meu itinerário académico e profissional. Relativamente às ameaças externas, considero que o diminuto espaçamento temporal entre estágios compactou a realização das atividades e não permitiu o imediato término da elaboração dos artigos que pretendia publicar e a apresentação de trabalhos noutros eventos científicos.

Aludindo às competências técnicas, científicas, éticas e humanas desenvolvidas considero poder ser um elemento proactivo na prestação de cuidados especializados à pessoa e à família, na procura de cuidados de saúde inovadores e de qualidade e na tomada de decisão sobre a gestão e supervisão dos cuidados prestados no meu local de trabalho. Almejo ainda que os enfermeiros e a sociedade reconheçam na Enfermagem uma chama viva de uma ciência que se quer co-criada em parceria com os diversos atores do processo de cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMANN, Elizabeth; DOKKEN, Deborah (15) – Strategies for encouraging patient/family member partnership with the health care team. *Pediatric Nursing*, vol.38, nº 4, July – August 2012. P .232 - 235
- ALARCÃO, Isabel – Formação reflexiva. Referência. Nº 6, maio 2001. p.53-59
- ALVES e outros (3) – Parceria de cuidados: uma forma emergente de cuidar. *Ecos de Enfermagem*, Porto Ano XXXVII, n.º 263, Novembro/Dezembro, 2007, p.15-17
- AMBROSINO, N. - Prolonged mechanical ventilation, new facilities and new models of care. *Revista Portuguesa Pneumologia*, nº 18, 2012. p. 211 - 213.
- ASHURST, Adrian (13) – Working with families – partnership or confrontation? *Nursing and Residential Care*, Vol.18, nº 11, November 2006. p. 508 - 511
- BAILE, Walter F. e outros - SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, nº 5, 2000. p.302 - 311
- BAUER, Michael (6) – Collaboration and control: nurses' constructions of the role of family in nursing home care. *Journal of Advanced Nursing*, N. 54, April 2006. P.45-52.
- BECKERT, Cristina – Consciência moral, ética das virtudes (teleologia) e ética do dever (deontologia). In: **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p.159 - 171
- BENNER, Patricia - **De iniciado a perito**. Trad. Ana Albuquerque Queirós e Belarmina Lourenço. Coimbra: Quarteto Editora, dezembro de 2001. ISBN 972-8535-97-x
- BERNARDO, Anabela da Graça Martins e outros – Doente ventilado em decúbito ventral. *Revista Sinais vitais*, nº 77, março de 2008. p. 37 - 39
- BISPO, Carlos Alberto – Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. *Produção*. Maio/ Agosto, vol 16 nº2 (2006), p.205-273
- BOCCANERA, Nélío Barbosa; BOCCANERA, Suvia Fernandes Borges; BARBOSA, Maria Alves - As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, Vol. 40, nº3, 2006. p343-349
- BUGEDO, Guillermo e outros - Pressão expiratória final positiva aumenta o estiramento em pacientes com LPA/SDRA – *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 24, nº1, 2012. p.43-51
- CAPELAS, Manuel Luís - Equipas de cuidados paliativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal. *Cadernos de saúde*, vol.3, nº 2, 2010. p. 21-26
- CARNEIRO, Maria Eugénia Fontoura – **Motivação dos enfermeiros: relação com o comportamento do chefe de equipa**. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2009.
- CARPENTER, Richard; CARPENTER, Alice H. – O ambiente dos cuidados intensivos. O ambiente dos cuidados domiciliários. In: **Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7. p. 637 - 653
- CHANG, Su-Hsien; YU, Ching-Len (11) – Perspective of family caregivers on self-care independence among older people living in long-term care facilities: a qualitative study.

International Journal of Nursing Studies, nº 50, May 2013. P. 657 - 663

COLLIÈRE, Marie- Françoise – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Trad. Maria Leonor Braga Abcassis. 2.^a ed. Lisboa: Lidel, 1999.

CONCEIÇÃO, Maria de Fátima; RAMOS, Paula Cristina Alvim (4) – Visita de referência: cuidados em parceria. Revista Sinais Vitais, n.º 26, setembro 2004, p. 56 – 59

COSTA, José dos Santos – Métodos de prestação de Cuidados. Viseu, Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2004. P.234- 251

COYER, Fiona; COURTNEY, Mary; O’SULLIVAN, Judy (14) – Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit. International Journal of Nursing Practice, nº 13, February 2007. p. 14 - 23

DAVIES, Sue; NOLAN, Mike (25) – Making the move: relatives’ experiences of the transition to a care home. Health and Social Care in Community, nº12, November 2004.p.517-526

Decreto-Lei nº 101/2006. [Consult. a 24 de Outubro de 2014]. Disponível na internet: https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf

DEODATO, Sérgio – **Decisão ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir.** 2010. Tese de Doutoramento, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

DEODATO, Sérgio – **Direito da saúde: coletânea de legislação anotada.** Coimbra: Edições Almedina, 2012. ISBN 978-972-40-4750-8

DESPACHO nº5414/2008. Diário da República, 2.^a série N.º 42. P.8083-8084

DINIS, Rogério Paulo Antunes Borges (1) – **A família do idoso o parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspetiva dos enfermeiros.** 2006. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada à Universidade Aberta

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa, 2003. [Consult. a 20 de Dezembro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Plano Nacional de Cuidados Paliativos. 2005. [Consult. a 2 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008151.pdf>

DOMINGOS, Fr. Bernardo – A pessoa e a vida saudável a promover. In: **Para uma Ética de Enfermagem.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. P. 187 - 202

DOUGLAS-DUNBAR, Maggi; GARDINER, Penny (26) – Support for carers of people with dementia during hospital admission. Nursing Older People, vol.19, nº8, 2007. P.27-30

DURO, Susana - **Cuidar da família ao longo da vida.** Lisboa: Universidade Católica Editora. 2013. ISBN 978-972-54-0372-3

EWART, Linda e outros (19) – Patient and family centred care on an adult cardiac ward. British Journal of Nursing, Vol. 23, nº4, February 2014. p. 213 - 218

FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria da Graça – Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Instituto Politécnico de Viseu, Outubro, 2004. p. 51-58

FERREIRA, Paula Pinto e outros – Cultura organizacional e tipo de liderança na adoção de práticas de gestão do conhecimento. *Sinais Vitais*, nº105, dezembro de 2012. p. 59 - 66

FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de investigação da conceção à realização**. Trad. Nídia Salgueiro. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-x

FULLERTON, Louise e outros (9) – Illness is a family affair: crating a partnership between families and staff. *Canadian Association of Critical Care Nurses*, nº 23, summer 2012. P 42 - 43

GALO, Ana Rita Loureiro e outros - Comportamentos dos enfermeiros perante os alarmes clínicos em Unidades de Cuidados Intensivos: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. Serie III, nº 11, dezembro de 2013. p. 105 – 112

GOMES, Cláudia e outros – Hipergranulação: boas práticas em Enfermagem. *Enformação*. abril-setembro, 2013. p. 14-20

GOMES, Idalina – **A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente crónico no domicílio**. 2009. Tese de Doutoramento, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, sob orientação Sr.ª Prof.ª Maria Arminda Costa.

GOMES, Idalina – O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso – da submissão à ação negociada. In: **Parceria e cuidado de enfermagem – uma questão de cidadania**. Coimbra: Formasau, Junho 2007. ISBN 978-972-8485-86-3. p. 67 - 113

GONÇALVES, Maria de Jesus; ROSADO, Joaquina; CUSTÓDIO, Maria Paula- **Anorexia/caquexia**. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Março de 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 181 - 189

GONÇALVES, Susana Maria Filipe - **Prevenção e controlo de infeção na prática dos enfermeiros: contributos da formação**. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

GRINDEL, Cecilia (7) – Fostering a nurse, patient, and family 'partnership in care'. *Academy of Medicial – Surgical Nurses*, vol.15, nº2. April 2006.

HEEKYUNG, Chang; PARK, Yeon-Hwan (20) – Cancer rehabilitation from the perspectives of oncology nurses in Korea. *Nursing and Health Sciences*, nº14, 2013. p.144 - 150

HEESBEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspetiva do Cuidar**. Trad. Maria Isabel Baptista Ferreira. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8

HENRIQUES, Catarina Amaral Gerardo; SILVA, Daniel Ricardo Moreira da Almeida; FERREIRA, Paulo Alexandre Carvalho – A comunicação com o doente ventilado. *Revista Sinais vitais*, nº 105, dezembro de 2012. p. 46 - 54

HERRINGTON, Amy – Urgências Gastrointestinais. In: **Sheely Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática**. Loures. Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9 p.508 - 519

HONORÉ, Bernard – **O cuidar em perspetiva: no centro de um cuidar humanizado**. Trad. Ana Maria Carvalho. Loures: Lusociência, 2013. ISBN 978-972-8930-91-2

HUBBARD, Gill e outros (12) – Treatment decisions-making in cancer care: the role of the

carer. Journal of Clinical Nursing, nº 19, Jul 2010. P. 2023 - 2031

International Council of Nurses (ICN) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE**. Versão 1. Trad. Ordem dos Enfermeiros. 2011. ISBN:92-95040-36-8

JABLONSKI, Rita ; REED, David; MAAS, Meridean (18) – Care intervention for older adults with Alzheimer’s disease and related dementias, effect of family involvement on cognitive and functional outcomes in nursing homes. Journal of Gerontological Nursing, nº 31, Jun 2005. P. 38-48

JACKSON, Anna; DIXON, Ruth (29) – Developing an end of life care support pathway. Primary Health Care, vol.22, nº1, February 2012.p. 22-24

KELLETT, Ursula (24) – Seizing possibilities for positive family caregiving in nursing homes. Journal of Clinical Nursing, nº 16, August 2007. p.1479 - 1487

KÉROUAC, Suzanne e outros – **El pensamiento enfermeiro**. Trad. Mercè Arqué Blanco. Barcelona: Masson, 1996. ISBN 9788445803653

LAZURE, Hélène - **Viver a relação de ajuda**. Trad. Margarida Cunha Rosa. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-5-2

LEFEBVRE, Hélène; LEVERT, Marie-Josée (21) – The close relative of people who have had a traumatic injury and their special needs. Brain Injury, nº26, August 2012.p. 1084 - 1097

LEFEBVRE, Hélène; PELCHET, Diane; LEVERT, Marie-Josée (17) – Interdisciplinary family intervention program: a partnership among health professionals, traumatic brain injury patients, and caregiving relatives. Journal of Traumatic Nursing, Vol.14, nº 2, April – June 2007. p.100 - 113

Lei n.º 15/2014 de 21 de março. Diário da República 1.ª série. N.º 57, p. 2128

LEININGER, Madeleine M. – **Culture care diversity and universality**. National League for Nursing, 2001. ISBN 0887375197

LIPMAN, Bradford; CASCIO, Toni – **ECG avaliação e interpretação**. Trad. Ana Rita Albuquerque. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-26-6

LOFF, Ana – Relações inter-profissionais. In: **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p. 95-108

MARIA, Vera Lúcia Regina; MARTINS, Ivete; PEIXOTO, Maria Selma Pacheco – **Exame clínico de enfermagem do adulto**. São Paulo: Iátria, 2003. ISBN 978-85-7614-0146

MARQUES, António Lourenço e outros - O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal, Patient care, outubro 2009. p.32-38

MARTINS, Maria Manuela (2) – Visitas e parceria de cuidados. Nursing Edição Portuguesa, nº184. p.8 - 14

MELEIS, Afaf I. – **Transitions Theory**. New York: SpringerPublishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6

MENDES, Ciro Leite e outros - Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva.Vol.20, nº4, 2008. p. 344-348

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO Cristina

Maria – Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, outubro-dezembro 2008. p. 758-64.

MORETZ, Julie Ginn, AHMANN, Elizabeth (16) – Implementing patient and family centered care: Part II – strategies and resources for success member partnership with the health care team. *Pediatric Nursing*, vol.38, nº 2, March - April 2012.p. 106 - 109

NETO, Isabel Galriça - Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Março de 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. P. 1- 42

NEVES, Maria do Céu Patrão – Ética, Moral, Deontologia e Bioética: Conceitos que Pensam a Acção. In: **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p. 145 – 157.

NUNES, Lucília – A Especificidade da Enfermagem. In: **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p. 33 - 48

OHLÉN, Joakim (23) – Relatives in end-of-life care – part 2: a theory for enabling safety. *Journal of Clinical Nursing*, nº16, February 2007. P.382-390

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dor: guia orientador de boas práticas. 2008 [Consult. a 15 de Junho de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Investigação em Enfermagem – tomada de posição. 26 de Abril de 2006. [Consult. a 2 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos. 2012 [Consult. a 11 de Janeiro de 2015] <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa, 20 de outubro de 2010. [Consult. a 11 de maio de 2014]. Disponível na internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (a) – REPE/ Estatuto. 2012 [Consult. a 30 de maio de 20014]. Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf

PARK, Yeon-Hwan; HAN, Hae-Ra (22) – Nurses' perception and experience at daycare for elderly with stroke. *Journal of Nursing Scholarship*, nº 42, September 2010.p. 262-269

PATRICK, Vicki – Enfermagem de urgência: uma visão histórica. In: **Sheely Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática**. Loures. Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9 p.508 - 519

PERES, Aida Maris e outros - Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Referência*, III Série, nº 10, Julho 2013.p.153-160

PERRY, Lin; MIDDLETON, Sandy (27) – An investigation of family carers' needs following stroke survivors' discharge from acute hospital care in Australia. *Disability and Rehabilitation*, nº33, 2011.p. 1890-1900

PHANEUF, MARGOT – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. 1ª Ed Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

PHIPPS; Wilma – Doença crónica e reabilitação. In: **Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7. p. 145 – 183

PINTO, Liliana Filipa Bandeira – **Sistemas de informação e profissionais de enfermagem**. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. 2009.

PONTE, Patricia e outros (30) – Linking patient and family-centered care and patient safety: the next leap. *Nursing Economics*, vol 22, nº4, July 2004.p.211 - 213

PORDATA – Base de dados Portugal Contemporâneo. [Consult. a 22 de maio de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.pordata.pt/Portugal>

QUERIDO, Ana; BERNARDO, Ana – Náuseas e vômitos. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Março de 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. P. 127- 143

RAO, S. Manimala; SUHASINI, T. – Organization of intensive care unit and predicting outcome of critical illness. *Indian J. Anaesth*, 2003. p. 328-337

REIS, Maria da Luz; OLIVEIRA, Cristina, SILVESTRE, Teresa (5) – Programa dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – o cuidador informal em parceria nos cuidados. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 38, setembro de 2011. P.58-59

REIS, Maria da Luz; OLIVEIRA, Cristina; SILVESTRE, Teresa – Programa padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – O cuidador informal em parceria nos cuidados. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. n.º 38, setembro 2011. p. 58-59

SANTOS, José Manuel Oliveira – **Parceria nos cuidados - uma metodologia centrada no doente**. Porto: Edições Fernando Pessoa, 2002. ISBN 9789728184834

SCHOOT, TINEKE (28) – Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of dutch expert patients and family caregivers. *Nordic College of Caring Sciences*, nº19, June 2005.p. 169-176

SERRANO, Maria Fernanda Miranda Coelho – **Cuidar a boca em cuidados paliativos – contributos para a promoção da dignidade humana**. 2009. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

SILVA, António Marques – **Triagem de Prioridades/ Triagem de Manchester**. Porto, 2009. Tese de Mestrado em Medicina de Catástrofe, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto.

SILVA, Danielle Soares - A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. janeiro/março 2014. p.211-219.

SMITH, Carol E.; SANDS, Judith K. – O ambiente dos cuidados domiciliários. In: **Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7. p. 655 – 677.

- FILIPE, Firmino – Autonomia e Respeito. In: **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p. 238 – 248 .
- SOUSA, Patrícia Pontífice – **O conforto da pessoa idosa**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014. ISBN 978-972-54-0440-9
- TAKAKI, Christiane Yumi Ishikawa; KLEIN Gilmara de Farias Souza - Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação. *ConScientiae Saúde*, 2010. p. 486-496
- THOMPSON, Dan R. e outros - Guidelines for intensive care unit design. *Critical Care Medicine* Vol. 40, No. 5, 2012. P.1586 – 1600.
- TYRRELL, Elaine F. e outros (8) – Nursing contribution to rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, nº 68, Nov 2012.p 2466 - 2476
- URDEN, Linda D.; STACY, Katheleen M.; LOUGH, Mary E. – **The Alan's Enfermagem de cuidados intensivos**. Trad. Leonor Abcassis, Fernanda Azevedo Silva, Maria Teresa Leal. 5ªed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-08-6
- VIEIRA, Margarida – **Da Compaixão à Proficiência**. Universidade Católica Editora, Lisboa, 2007. ISBN 972-54-0146-8
- VIEIRA, V. - Recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos no pós-operatório em cirurgia de ambulatório. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, vol. 20, nº 2, 2011. p. 10-21
- WHO – WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. 2009, Switzerland. [Consult. a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>
- WIGGINS, Marjorie Splaine (10) – The partnership care delivery model: na examination of the core concept and the need for a new model of care. *Journal of Nursing Management*, nº16, Jul 2008. P 629 - 638

5. ANEXOS

5.1. ANEXO I - CERTIFICADO DAS 1ªS JORNADAS TÉCNICAS DE EMERGÊNCIA DO
ALGARVE



JORNADAS TÉCNICAS DE EMERGÊNCIA DO ALGARVE



CERTIFICADO

Certifica-se que

Filipa Ferreira Verde

participou nas 1as Jornadas Técnicas de Emergência do Algarve
que se realizaram em Lagos no dia 31 de Maio de 2014

Enfº Jorge Mimoso (Presidente Comissão Organizadora) Enfº Jorge Carapeto (Membro Comissão Organizadora) Enfº Rui Estevens (Membro Comissão Organizadora) Enfª Marlene Ribeiro (Membro Comissão Organizadora) TAE Luís Bravo (Membro Comissão Organizadora)

5.2. ANEXO II - CERTIFICADO DO CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CERTIFICADO

CERTIFICA - SE QUE :

Filipa Ferreira Verde

Frequentou o Curso Básico de Cuidados Paliativos, realizado no Auditório do Centro Hospitalar do Algarve, nos dias 17, 18 e 19 de Novembro de 2014, com a duração total de 21 horas letivas.



P' DIREÇÃO



19/11/2014

5.3. ANEXO III - CERTIFICADOS DO IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE
GERONTOLOGIA E GERIATRIA



Escola Superior de Educação João de Deus

IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria
"ENVELHECIMENTO ATIVO, SAUDÁVEL E POSITIVO"



5/7 DEZEMBRO 2014
FIL



Certificado

Certifica-se que*Filipa Ferreira Verde*..... esteve presente, no IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria, subordinado ao tema "Envelhecimento Ativo, Saudável e Positivo", organizado pela Escola Superior de Educação João de Deus, em parceria com *Portugal Maior*, nos dias 5, 6 e 7 de dezembro de 2014, na FIL – Feira Internacional de Lisboa, com 100 comunicações e 66 Posters, onde foram intervenientes diversas personalidades de reconhecido mérito nacional e internacional, nas áreas da Gerontologia, Geriatria, Medicina, Sociologia, Psicologia e Psicoterapia, entre outras.

Lisboa, 7 de dezembro de 2014

O Diretor da Escola Superior de Educação João de Deus



Prof. Doutor António Lopes de Carvalho



Escola Superior de Educação João de Deus

IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria
"ENVELHECIMENTO ATIVO, SAUDÁVEL E POSITIVO"



5/7 DEZEMBRO 2014
FIL



Certificado

Certifica-se que FILIPA FERREIRA VERDE apresentou o Poster intitulado "ICREMENTAR O SENTIDO DE VIDA NA PESSOA IDOSA; CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA" de que também é autora PATRÍCIA PONTÍFICE DE SOUSA, no IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria, subordinado ao tema "Envelhecimento Ativo, Saudável e Positivo", organizado pela Escola Superior de Educação João de Deus, em parceria com *Portugal Maior*, nos dias 5, 6 e 7 de dezembro de 2014, na FIL – Feira Internacional de Lisboa.

Lisboa, 7 de dezembro de 2014



O Diretor da Escola Superior de Educação João de Deus

Prof. Doutor António Portes de Carvalho

5.4. ANEXO IV - CERTIFICADO DO 2º CURSO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA
PARA ENFERMEIROS



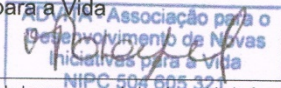
ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Filipa Ferreira Verde, natural de Leiria, nascido/a a 13/12/1986, nacionalidade Portuguesa, portador do Cartão do Cidadão N° 12994047 válido até ___/___/___, participou no Curso de Formação Profissional 2º Curso de Ventilação Mecânica Invasiva para Enfermeiros que decorreu em 09/12/2014 no/a Hospital da Luz com a duração total de 5 horas.

Lisboa, 09 de Dezembro de 2014

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 4432/2014

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



Coordenação Científica da Comissão de Ensino,
Formação e Investigação do Hospital da Luz



ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA
Rua Carlos Alberto Mota Pinto, 17 - 9.º - 1070-313 Lisboa - Portugal - Telef.: 213 163 275 - Fax: 213 530 292 - info@advita.pt
Instituição Particular de Solidariedade Social inscrição n.º 42/02 a fls. 69 do livro n.º 9 das Associações de Solidariedade Social - Pessoa Colectiva n.º 504 605 321

ADVITA/05_v02

6. APÊNDICES

6.1.APÊNDICE I - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS COM A
FAMÍLIA

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS COM A FAMÍLIA

Titulo: Parceria de Cuidados com a família

Data: 16/6/2014

Local: Sala de reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos

Público-alvo: Enfermeiros e estagiários de enfermagem que prestam cuidados no Serviço de Urgência

Duração total: 40 - 45 minutos

Justificação da sessão de formação: No seguimento do projeto de acolhimento ao utente e à família implementado no Serviço de Urgência e de acordo com as necessidades percecionadas de informação e acompanhamento dos familiares, tomei a iniciativa de propor a temática formativa da parceria de cuidados com a família e o utente. Com este tema pretendo contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e família no Serviço de Urgência, sensibilizando os enfermeiros e estagiários de enfermagem para esta temática e para os ganhos em saúde que a implementação desta parceria pode trazer, mantendo a continuidade de cuidados. Realço ainda que a parceria de cuidados pode ser também uma estratégia de otimização dos recursos humanos disponíveis no serviço. Contudo saliento que a adoção deste modelo de enfermagem pode ter desvantagens e implicar a mudança do método de trabalho.

Material: sala de formação, projetor

Formador: Filipa Verde

Plano da sessão:

1	1 minuto	Apresentação do tema da sessão formativa.	
2	4 minutos	Reflexão sobre as parcerias que os enfermeiros estabelecem durante os cuidados à pessoa no Serviço de Urgência.	
3	0,5 minutos	Apresentação do objetivo da sessão de formação.	
4	10 minutos	Introdução teórica da temática:	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização sociodemográfica da saúde em Portugal • Conceito e papel da família • Situação de doença aos olhos da teoria de enfermagem de Meleis • Reações da família à doença • Modelo de parceria de cuidados, sua origem e aplicação na atualidade • Conceito de parceria nos cuidados • Parceria de cuidados com a família • Vantagens da aplicação do modelo de parceria de cuidados • Desvantagens da aplicação do modelo de parceria de cuidados
5	15 minutos	Reflexão com a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência.	Trabalho de grupo sobre qual o papel, as intervenções e os contributos que os enfermeiros poderão dar para a implementação de um projeto de parceria de cuidados com a família e os utentes.
6	5 minutos	Apresentação de algumas das intervenções presentes na literatura atual que podem ser aplicadas pelos enfermeiros no estabelecimento de uma parceria de cuidados com a família e o utente.	
7	3 minutos	Apresentação de um estudo cujo objetivo era conhecer como é que os enfermeiros percecionavam a experiência de cuidar em parceria com a família	Resumo do estudo: população, objetivo, metodologia e conclusões
8	2 minutos	Agradecimento e desafio da implementação da parceria de cuidados com a família.	

6.2. APÊNDICE II - APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS
COM A FAMÍLIA

Parceria de cuidados com a família



Enf.ª Filipa Verde
Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Apresentação realizada no Serviço de Urgência

Objetivo:

Refletir sobre as intervenções de enfermagem que contribuem para a parceria de cuidados à pessoa no Serviço de Urgência, procurando salientar aspetos facilitadores, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados



Contexto atual em saúde

- Aumento das doenças crônicas e degenerativas
- Aumento da morbidade
- Aumento da necessidade de cuidados de saúde

- Envelhecimento populacional
- Dependência do idosos

- Alterações socioeconômicas
- Cuidadores

Família

Mais do que a soma dos seus membros.

GALERA e LUIS (2002)

Base de todas as sociedades.

Alves et al (2007)

Grupo de indivíduos vinculados com uma ligação emocional profunda e por um sentimento de pertença ao grupo.

WRIGHT, WATSON, BELL (1990) citado por GALERA e LUIS (2002).



A família não se funda apenas em laços de consanguinidade pelo que os amigos e os vizinhos podem ser considerados por vezes elementos da família.

ALVES et al (2007) citando RELVAS (1996)

A família tem o papel de proteger a saúde dos seus membros assim como apoiá-los na doença.

ALVES et al (2007)



A dinâmica familiar pode influenciar a doença, contudo a família também pode ser afetada pela doença, num processo contínuo de co-evolução.

(GALERA ELUIS 2002)



Uma situação de doença constitui um momento de crise tanto para a pessoa como para a família.

MELEIS (2010)

Hospital como um local de passagem na transição entre uma situação aguda e o regresso a casa (ALVES et al 2007)



Meleis (2010)

As reações da família perante a doença /hospitalização são influenciadas:

- Estrutura familiar
- Nível social económico e educacional
- Momento do ciclo vital em que se encontra
- A doença
- Vivências anteriores
- Comunicação intrafamiliar
- Cultura, etnia e religião
- Redes de apoio paralelas

(ALVES et al 2007)



Em todas as crises existem perdas, períodos de incerteza e aquisição de saberes e competências.

MELEIS(2010)



Parceria

O modelo de parceria de cuidados em Enfermagem foi criado por Anne Casey em 1988 no âmbito dos cuidados pediátricos.

Neste modelo defende-se que os cuidados se baseiam na proteção, estímulo e amor, dando uma ênfase singular aos papéis e laços estabelecidos na família.
(FERREIRA e COSTA, 2004)

Sinergia assente na negociação e numa relação de respeito pela autonomia do outro. Cada um depende do outro trabalhando ambos para um fim comum.
GOMES (2009)



Esta filosofia de cuidados tem como principal objetivo aumentar o nível de satisfação dos clientes, dos profissionais de saúde e dos familiares proporcionando um maior grau de humanização e interação entre si.

(CONCEIÇÃO e RAMOS, 2004)





A parceria implica o estabelecimento de uma relação terapêutica de igual para igual, estabelecimento de laços de confiança; implica ainda a capacidade de ensinar, motivar, comunicar, partilhar saberes e experiências.

É fulcral estar presente, assistir e auxiliar, dando atenção, interpretando e confortando.

(ALVES et al 2007)



A família deve ser envolvida nos cuidados de forma a manter a continuidade dos cuidados, permitir um regresso a casa precoce e a adaptação da família face à nova situação.

O envolvimento da família nos cuidados torna a reinserção da pessoa com doença crónica mais fácil no seio familiar.

O cuidador principal deve treinar competências. Inicialmente deve observar, depois treinar sob a supervisão do enfermeiro. No final devem ser identificadas necessidades de ajuste.

(ALVES et al 2007)

Vantagens

- Envolvimento da família nos cuidados
- Desenvolvimento de uma relação aberta com a família
- Promove a continuidade de cuidados/preparar para a alta
- Mantem um ambiente conhecido
- Mantem o contacto com familiares
- Promove qualidade de vida da pessoa
- Capaz para a prestação de cuidados
- Aumenta a independência da pessoa



Vantagens

- Valoriza/conserva as capacidades da pessoa
- Ajusta os cuidados à pessoa
- Aumenta a informação sobre a pessoa e a família
- Aumenta a informação sobre a situação de doença da pessoa
- Complementa a falta de recursos humanos
- Promove a saúde /previne a doença
- Evita sentimentos de medo, solidão e desespero por parte dos familiares após regresso a casa
- Reduz o tempo de internamento
- Permite a adaptação da família face à nova situação



Desvantagens

- Aumenta o número de pessoas no serviço
- Aumento do ruído
- Alteração do repouso das pessoas provocando stress e ansiedade
- Aumenta o sentimento de fiscalização e exigência nos cuidados
- Situações de adversidade com os profissionais de saúde



O que podemos nós fazer
nesta parceria?

Papel do Enfermeiro


- Estar presente.
- Estar atento às necessidades da pessoa e da família.
- Recolher informação sobre a pessoa e a família.
- Avaliar as capacidades da pessoa e da família.
- Orientar, ensinar e apoiar de acordo com as situações com que se depara.
- Criar estratégias que permitam a privacidade e intimidade da pessoa e família.

Papel do Enfermeiro

- Negociar o processo de parceria de cuidados.
- Avaliar e supervisionar a parceria de cuidados.
- Responsabilizar-se pela delegação de cuidados.
- Reconhecer e avaliar as suas intervenções de enfermagem.
- Abster-se de quaisquer juízos de valor relacionados com os seus próprios conceitos.




Permitir a mudança de paradigma de cuidados



Estudo realizado na Austrália cujo objetivo era perceber como é que os enfermeiros percecionavam a experiência de cuidar em parceria com a família

Collaboration and control: nurses' constructions of the role of family in nursing home care

2006



Referências bibliográficas:

Alves et al – **Parceria de cuidados: uma forma emergente de cuidar**. IN: Ecos de Enfermagem, Porto Ano XXXVII, nº 263, Novembro/Dezembro, 2007, p.15-17

BAUER, Michael - **Collaboration and control: nurses' constructions of the role of family in nursing home care**. [Acedido a 17 de Maio de 2014]. Disponível na Internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03789.x/abstract?deniedAccessCstmMessage=&userBAuthenticate=false>

CONCEIÇÃO, Maria de Fátima; RAMOS, Paula Cristina Alvim – **Visita de referência: cuidados em parceria**. In: Revista Sinais Vitais, nº26, setembro 2004, p. 56 - 59

FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria da Graça - **Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo**. [Acedido a 17 de Maio de 2014]. Disponível na Internet: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/442>

GALERA, Sueli A.F; LUIS, Margarita A.V. – **Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família**. In: Revista da escola de Enfermagem USP, 2002, p. 141-147

GRINDEL, Cecelia - **Fostering a nurse, patient and family 'Partnership in care'**. In: Academy of Medical-surgical Nurses. [Acedido a 17 de Maio de 2014]. Disponível na Internet <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16700241>

MELEIS, Afaf I. – **Transitions Theory**. New York: SpringerPublishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6

PORDATA - **Base de dados Portugal Contemporâneo**. [Acedido a 29 de Maio de 2014]. Disponível na Internet:<http://www.pordata.pt/Portugal>

6.3. APÊNDICE III - FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS
COM A FAMÍLIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS COM A FAMÍLIA

Com vista a conhecer o seu grau de satisfação em relação à formação “Parceria de Cuidados com a Família” no Serviço de Urgência, gostaríamos que preenchesse esta ficha de avaliação.

Na sua avaliação utilize a escala:

1 – muito pouco	2 – pouco	3 – razoavelmente	4 - muito	5 – excelente
-----------------	-----------	-------------------	-----------	---------------

	1	2	3	4	5
Q1 - Considera que o tema da parceria de cuidados com a família é importante na dinâmica de cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência?					
Q2 - Considera que esta formação correspondeu às suas expectativas, tendo sido útil?					
Q3 - A formadora demonstrou o adequado conhecimento para apresentar esta formação?					
Q4 - A apresentação da temática de parceria de cuidados com a família foi feita com clareza?					
Q5 - A apresentação foi feita de forma organizada e compreensível?					
Q6 - A formadora soube motivar os participantes para a implementação da parceria de cuidados com a família na prestação dos cuidados de Enfermagem?					
Q7 - A formação foi feita de forma dinâmica, permitindo a participação dos participantes?					
Q8 - Os meios utilizados foram os mais adequados?					
Q9 - O objetivo desta formação foi alcançado?					

Sugestões de melhoria:

Muito obrigada pela sua participação!

6.4. APÊNDICE IV - AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS COM A
FAMÍLIA

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PARCERIA DE CUIDADOS COM A FAMÍLIA

Nota introdutória

No Serviço de Urgência foi implementado no último ano um protocolo de acolhimento da pessoa e da família ao serviço, contudo este ainda não se encontrava a ser aplicado na sua totalidade.

Através da avaliação inicial verifiquei que seria essencial a integração da família não só devido às necessidades percecionadas por parte dos familiares que acompanham a pessoa doente, mas também devido à minha reflexão sobre a realidade presenciada no mesmo hospital em que muitas vezes os enfermeiros não estão suficientemente sensibilizados para esta temática. Foi discutido o tema com a chefe de serviço e ponderada a possibilidade de esta ser também uma oportunidade para ultrapassar as dificuldades de recursos humanos e permitir a motivação dos familiares para a continuidade de cuidados. Com efeito foi realizada no dia 16 de junho de 2014 uma sessão de formação direcionada aos enfermeiros em que se abordaram o conceito de parceria de cuidados com a família, as suas vantagens e as intervenções dos enfermeiros.

Objetivo

O objetivo deste documento é avaliar a sessão de formação “Parceria de cuidados com a Família”.

Material e Métodos

Foi realizada avaliação escrita individual, voluntária e confidencial dos participantes no final da sessão de formação. Esta avaliação era constituída por 9 questões apresentadas em grelha. Cada questão poderia ser avaliada através de uma escala: 1 – muito pouco, 2 – pouco, 3 – razoavelmente, 4 – muito, 5 – excelente, tal como se ilustra no APÊNDICE III. No final do instrumento de avaliação os participantes tinham uma questão aberta de sugestões onde poderiam deixar algum comentário.

Resultados

Ao instrumento de avaliação obtivemos resposta de 14 enfermeiros. Os resultados da avaliação da sessão encontram-se patentes no gráfico 1. Verificámos que foram preenchidos apenas os campos de resposta rápida, sem que houvesse sugestões.

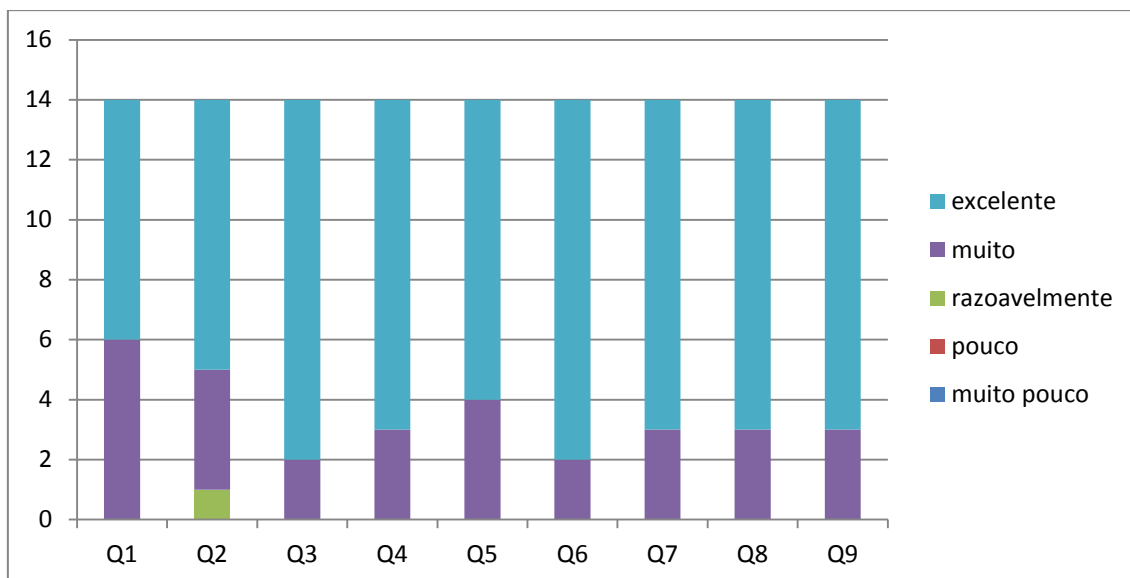


Gráfico 1 – Resultados da avaliação da formação

Discussão

De acordo com a avaliação realizada pelos participantes a motivação proporcionada pela formadora para a implementação da parceria de cuidados com a família na prestação dos cuidados de Enfermagem foi a questão melhor cotada, tendo o total de 12 excelentes; em contrapartida a questão cuja avaliação foi mais depreciativa foi “Considera que esta formação correspondeu às suas expectativas, tendo sido útil?”, tendo obtido os resultados mais dispares que variaram entre 1 razoável, 4 muitos e 9 excelentes.

No final da formação foi feito o convite da chefe de serviço para repetir a formação sobre a temática devido à sua pertinência, forte adesão dos participantes e impossibilidade de toda a equipa participar devido ao trabalho por turnos e à dinâmica de cuidados do serviço.

Nota final

Os resultados demonstraram um balanço positivo, que reflete não só a avaliação escrita dos participantes, como o seu interesse em participar na discussão que teve lugar durante a formação sobre as práticas de cuidados no Serviço de Urgência. Esta formação terá sido também promissora para a implementação do quadro de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

6. 5. APÊNDICE V - DOSSIER TEMÁTICO DE LEGISLAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

DOSSIER TEMÁTICO DE LEGISLAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

O dossier temático de legislação intitulado “Direito e saúde” compila legislação pertinente à prática dos cuidados de saúde, bem como legislação que rege a profissão de Enfermagem.

Este dossier encontra-se organizado em capítulos temáticos que passo a apresentar em seguida:

- Legislação e Enfermagem

Decreto – Lei nº 104/98 – Regulamento do Exercício da Profissional de Enfermagem

Lei nº111/ 2009 – Alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros

Regulamento nº 165/2011 - Aconselhamento Ético e Deontológico no âmbito do dever de sigilo

Regulamento nº 122/2011 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista

Regulamento nº 168/2011 – Regulamento da Idoneidade Formativa dos contextos da prática clínica

Regulamento nº 168/2011 – Regulamento da individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem

Alteração ao Regulamento da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica aprovado em Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros a 26 de abril de 2014

- Urgência e pré-hospitalar

Despacho nº 727/2007 – Processo de requalificação de rede de urgência geral

Despacho nº 5414/2008 – Serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de referência de Urgência/ Emergência

Despacho nº 5561/2014 – Atividade de emergência médica

Decreto – Lei nº 188/2009 – Utilização de desfibriladores automáticos externos por não médicos em ambiente extra-hospitalar

Decreto-Lei nº 184/2012 – Alteração do Decreto – Lei nº 188/2009 sobre utilização de desfibriladores automáticos externos por não médicos em ambiente extra-hospitalar

- Regime laboral de Enfermagem

Lei nº 12-A/2008 – Regimes de vinculação de carreira e de remuneração dos trabalhadores que exercem funções públicas

Decreto – Lei nº 247/2009 – Regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros

Decreto – Lei nº 248/2009 – Regime da carreira especial de enfermagem

Lei nº 68/2013 – Período normal de trabalho em funções públicas

- Direitos dos utentes

Lei Constitucional nº1/2005 - Constituição da República Portuguesa

Lei nº 48/ 90 – Lei de Bases da Saúde

Lei nº 27/2002 – Alterações às bases XXXI, XXXIII, XXXVI, XL da Lei nº 48/ 90

Decreto do Presidente da República nº1/2001 – Ratificação da Convenção para a proteção dos direitos do Homem e da dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, Convenção de Oviedo

Lei nº 12/2005 – Informação genética pessoal e informação de saúde

Código Penal Artigo 150 – Intervenções e tratamentos médico-cirúrgico

Lei nº 67/1998 – Lei da proteção de dados pessoais

Lei nº 46/2007 – Regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização

Lei nº 15/2014 – Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde

Despacho nº 25.360/2001 – Acesso à saúde por parte dos emigrantes

Lei nº 25/2012 – Regula as diretivas antecipadas de vontade: Testamento vital

- Saúde Mental

Lei nº 36/98 – Lei de saúde mental

Lei nº 101/99 – Alterando disposição das leis nº3/99 e 36/98

Circular normativa nº 08/DSPSM/DSPCS da Direção Geral de Saúde – Medidas preventivas de comportamentos agressivos/ violentos de doentes – contenção física

- Saúde Pública

Aviso nº 12/2008 – Regulamento sanitário internacional

Lei nº 81/2009 – Institui um sistema de vigilância em saúde pública

- Cuidados Paliativos

Lei nº 52/2012 – Lei de bases de Cuidados Paliativos

- Ensaios Clínicos

Lei nº 46/2004 – Regime Jurídico de Ensaios clínicos de medicamentos de uso Humano

Portaria nº 57/2005 – Ensaios Clínicos com medicamentos de uso Humano, designado por Comissão de Ética para Investigação Clínica

Decreto – Lei nº 102/2007 – Princípios e diretrizes de boas práticas clínicas no que respeita aos medicamentos experimentais para uso Humano

- Morte e doação de órgãos

Lei nº 141/99 – Princípios em que se baseia a verificação da morte

Despacho nº 14341/2013 – Atualização dos critérios de verificação da morte para efeitos de doação

Lei nº12/2009 – Estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análises, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana

Lei nº 36/2013 – Regime de garantia de qualidade e segurança dos órgãos de origem humana destinados à transplantação no corpo humano, de forma assegurar um elevado nível de proteção da saúde humana

6.6. APÊNDICE VI - REFLEXÃO SOBRE O LIVRO “AS TERÇAS COM MORRIE”

REFLEXÃO SOBRE O LIVRO “AS TERÇAS COM MORRIE”

Nos tempos que correm poderíamos achar que este seria mais um livro de uma qualquer história... um relato de uma vida...ou mesmo memórias de um passado... Contudo este não é um relato oco, mas sim uma intensa meditação sobre a vida, a morte e o sentido de vida. O segredo deste livro está escondido debaixo das palavras inscritas na sua capa “O best-seller internacional que mudou milhões de vidas”. Creio que este livro mudou muitas vidas , mas, acima de tudo, trouxe algumas pistas à sociedade sobre a inevitável aproximação da morte e a vida de uma pessoa com doença prolongada e incurável. As “Terças com Morrie” trará ainda muitas oportunidades de os seus leitores se aperceberem do essencial da vida.

Este livro relata os catorze encontros de um aluno com o seu professor de sociologia da faculdade, misturando pitadas de um passado estudantil que nos fazem compreender a vida e vivências de um professor “treinador” e de um aluno “jogador”.

Neste livro Mitch Albom transporta-nos até o seu reencontro com Morrie após saber que este padecia de uma doença terminal (Esclerose Lateral Amiotrófica).

Durante os seus encontros às terças-feiras, ambos constroem a última tese: uma verdadeira lição pautada pelos valores mais nobres da vida e as reflexões sobre a proximidade da morte, a dependência provocada pela doença e o amor.

Morrie fala abertamente da sua morte. Explica que todos os seres humanos têm dificuldade em reconhecer que a morte está sempre presente.

Morrie ensina-nos a valorizar cada dia e cada pequeno prazer da vida, tal como poder admirar as folhas secas de uma árvore, o canto dos pássaros ou ter a capacidade de realizar as suas atividades de vida com independência.

À semelhança da literatura neste livro podemos aperceber-nos de algumas das principais fontes de sofrimento para os doentes terminais (NETO, 2010: 9):

- perda de autonomia e dependência de terceiros;
- sintomas mal controlados;
- alteração da imagem corporal;
- perda do sentido da vida;
- perda de dignidade;
- perda de papéis sociais e estatuto;
- alterações nas relações interpessoais;

- modificação de expectativas e planos futuros
- abandono.

Contudo, Morrie vai abordando cada um destes temas e antecipando a evolução da sua doença, e, sem que se deixe apanhar pelo medo da morte ensina-nos a valorizar a vida. Morrie pretendia uma morte serena, sem que nada ficasse por dizer, permitindo uma reconciliação plena consigo e com os outros, sem memórias saudosistas de um passado e da juventude, porque envelhecer é um caminho percorrido e um acumulo inigualável de experiências. Na abordagem de qualquer pessoa em cuidados paliativos há que ter especial atenção a pormenores ligados ao passado daquela pessoa, às suas vivencias no percurso decorrido e à sua própria família.

De facto, sem que o mencione diretamente, o velho professor transmite-nos lições que coadunam com a filosofia dos cuidados paliativos procurando mais o controlo de sintomas e aceitação da morte do que uma procura desmedida de uma cura inexistente; a morte não constitui um roubo da vida mas sim um percurso de aprendizagem.

A postura de Morrie não é uma postura de perdedor mas, uma atitude de reflexão, iniciativa de controlo da sua situação de doença, manter-se informado, estar capacitado para o que há-de vir e estar preparado para deixar o mundo em tranquilidade.

Nesta minha curta estadia numa equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos tenho pensado por diversas vezes no sentido atribuído por Morrie à vida. Para este professor o seu sentido de vida, reside na capacidade de nos dedicarmos à comunidade à nossa volta, “(...)a criar qualquer coisa que nos dê um propósito e um significado”. Com efeito, trabalhar em cuidados paliativos é, não só dar sentido à sua própria vida, mas experienciar do outro lado verdadeiros sentimentos de amor e carinho.

Qual o cuidador que não se liberta da sua vivência para dar sentido à vida da pessoa cuidada? Assisto a genuínos atos de coragem, de vontade de aprender e permitir que cada dia seja único. Os cuidadores mais do que aprender, desafiam as suas próprias capacidades e permitem que a chegada da morte seja uma realidade pautada pela proximidade da família, conforto, ternura e a busca de um adequado controlo sintomático.

Senti que a peça do puzzle que constitui não é mais do que um elemento desta grande parceria entre a pessoa cuidada, o cuidador, a família e a equipa de saúde. Todos somos importantes e únicos, coabitando numa relação que visa a qualidade de vida da pessoa e da família.

Valorizo agora coisas ínfimas, mas singulares. Jamais pensei que um sorriso tivesse um valor tão incalculável e que cada elemento desta parceria fosse tão singular e único.

Com as relações terapêuticas estabelecidas percecionei que a presença assertiva da equipa de cuidados paliativos pode permitir o caminhar para uma morte serena e preparar a família para o luto.

Descobri ainda a necessidade de me despedir em cada dia daqueles que me rodeiam, porque amanhã não sabemos se será outro dia...

Ao terminar este livro, visualizo os desejos de Morrie de permanecer no cimo da colina, debaixo da árvore onde se avista um belo lago e percebo que Morrie não será esquecido porque vai connosco influenciando as vidas de cada um dos leitores deste livro.

Curiosamente, fecho o livro e percebo que era terça-feira e o Morrie também tinha estado comigo...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

NETO, Isabel Galriça - **Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos**. In: BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Março de 2010. P. 1- 42

6.7. APÊNDICE VII - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - CHAMADAS
TELEFÓNICAS NO PERÍODO PÓS LABORAL DA ECSCP

6.8. APÊNDICE VIII - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA EXAUSTÃO
DO CUIDADOR- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – LISBOA

**Intervenções de enfermagem na prevenção da exaustão do
cuidador: uma revisão sistemática da literatura**

Por: Filipa Ferreira Verde, N.º 192013023

Docente: Doutora Patrícia Pontífice

Lisboa

2014

INDÍCE

	Pág.
Resumo.....	116
Palavras – chave.....	116
Title.....	117
Abstract.....	117
Key-words.....	117
Introdução.....	118
Formulação da questão de investigação e objetivo.....	119
Método.	120
Resultados.....	120
Discussão.....	123
Conclusão.....	125
Referências bibliográficas.....	127

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 – Artigos pesquisados de acordo com a metodologia PICOS.....	Pág. 110
---	-------------

SIGLAS

AVC - acidente vascular cerebral

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade presente com tendência a prolongar-se no futuro, surgindo necessidade de apoio nas atividades de vida diárias da pessoa dependente por parte de familiares que exercem o papel de cuidadores.

Advindo do prolongamento desses cuidados e da exigência dos mesmos, muitos cuidadores podem apresentar cansaço ou mesmo exaustão. Cabe aos enfermeiros implementar intervenções que previnam o cansaço do cuidador e os efeitos nefastos do mesmo.

Este artigo de revisão sistemática da literatura congrega diversas intervenções de enfermagem na prevenção da exaustão do cuidador de pessoas adultas sem patologia oncológica ou mental através da análise de sete artigos originais. Destacam-se na pesquisa os efeitos positivos da implementação de intervenções complexas, nomeadamente o recurso à telessaúde.

PALAVRAS – CHAVE:

Cuidador, exaustão, intervenções de enfermagem

TITLE

Nursing interventions in preventing of caregiver's burden: a systematic review

ABSTRACT

The population aging is a reality that trend's to be continued in the future, emerging need for support in daily life activities of the dependent person by family members that play a role as caregivers.

Coming from the extension of the care and the requirement of the same, many caregivers may experience burden. It is important that nurses implement interventions that prevent the caregiver burden and the adverse effects thereof.

This systematic review article brings together various nursing interventions in preventing burden of caregivers of adults without cancer or mental illness through the analysis of seven original articles. Stand out in search of the positive effects of the implementation of complex interventions, in particular the use of telehealth.

KEY - WORDS:

Caregiver, burden, nursing interventions

INTRODUÇÃO

Vivemos numa sociedade fundamentalmente marcada pela evolução das ciências médicas, pela tecnologia e pelo envelhecimento populacional. No entanto, nos próximos anos, as tendências demográficas manterão a mesma previsão de aumento da esperança média de vida, o que se verificará também em países cujos rendimentos são atualmente baixos ou médios (*World Health Organization*, 2012). Com efeito, a alteração do curso das doenças de um cariz infeccioso para as doenças crónicas, algumas das quais sem resposta curativa, prolongadas e incapacitantes pode levar ao desenvolvimento da dependência de terceiros.

É neste contexto de dependência que surge a necessidade da pessoa ser cuidada e apoiada. Assim, a figura do cuidador deve responder ao apelo do outro procurando respostas adequadas às suas necessidades; vivenciando desta forma um processo de interação que conecta o cuidador à pessoa cuidada (BENJUMEA, 2004; DURO, 2013).

O cuidador pode dar apoio quotidiano à pessoa cuidada através das atividades de vida diárias, preparação das refeições, administração de terapêutica, realizar as tarefas domésticas, apoio nos exercícios físicos, apoio emocional, escuta, antecipação das necessidades e assistência em atividades financeiras, administrativas e transporte (RICHARDSON, LEE, BERG-WEGER, GROSSBERG, 2013; PEREIRA, 2013). Este cuidado pode ser prestado por profissionais (cuidadores formais) ou prestado de forma não remunerada pelos familiares, amigos, vizinhos e parentes que são presentemente designados na literatura por cuidadores informais ou cuidadores familiares (BENJUMEA, 2004). No presente artigo cingir-nos-emos ao cuidado prestado de forma informal.

O assumir da responsabilidade de ser cuidador no seio da família pode advir da necessidade imposta pelas obrigações de ordem moral e social, uma aceitação baseada na própria escolha ou encarada como uma missão de vida (DURO, 2013). Todavia o arcar com o papel de cuidador informal pode frequentemente pautar-se por uma mudança substancial nos padrões de vida do cuidador e da própria família, significando um período de transição (MARTINS, 2006). Verifica-se um tempo de mudança em toda a organização familiar, alteração das rotinas, responsabilidades e assunção de papéis para os quais nem sempre estavam preparados (GOMES e FERNANDES, 2008).

Para além disso, o regresso a casa da pessoa cuidada após períodos de internamento, pode também transportar consigo a necessidade de cuidados mais complexos para os quais os cuidadores não se sentem preparados para prestar. Em adição os cuidadores podem apresentar idade avançada, concomitante incapacidade física, baixa destreza manual, baixa capacidade de resolução de problemas, parca preparação feita pelos profissionais de saúde, falta de informação sobre os recursos disponíveis, falta de apoio dos outros familiares e

desadequadas condições económicas e psicológicas para prestar os cuidados mais adequados (PEREIRA, 2013).

De facto, cuidar de uma pessoa dependente pode ser um desafio diário e ao mesmo tempo ter um impacto significativo no quotidiano de vida, no bem-estar, na saúde e na economia familiar.

O prolongamento do desempenho do papel de cuidador pode levar ao desgaste físico e emocional, a situações conflituosas resultantes da intercorrência com aspetos da vida pessoal, familiar, dificuldades em compatibilizar a vida profissional e social com o cuidar, podendo mesmo conduzir à sobrecarga do cuidador (MARTINS, 2006; PEREIRA 2013).

Múltiplos estudos têm focado esta problemática e demonstrado que os cuidadores apresentam níveis mais elevados de *stress*, depressão e baixos níveis de bem-estar, saúde e auto-eficácia do que os indivíduos que não são cuidadores, tornando-se esta problemática um questão de saúde pública (SANTOS, 2005; PINO-CASADO, 2011). Importa então sintetizar conceitos e conceptualizar a sobrecarga do cuidador.

A sobrecarga do cuidador é referenciada na literatura contemporânea pelos termos cansaço, tensão, exaustão ou *burden* do cuidador, esta é definida como uma consequência negativa que resulta do processo de cuidar de uma pessoa com dependência física e/ou incapacidade mental (SANTOS, 2005).

ZARIT (1980) citado por PINO-CASADO (2011) refere que o *burden* é um estado de sobrecarga do cuidador caracterizado por *stress* intenso em determinadas áreas nomeadamente saúde, bem-estar psicológico, financeiro, vida social e na relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. É também caracterizado por uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e pedidos da pessoa, podendo pôr em causa não só a pessoa cuidada mas toda a família (VERÍSSIMO, 2004).

Desta forma, o papel desempenhado pelos enfermeiros na implementação de intervenções específicas de prevenção da exaustão do cuidador pode ser preponderante. RICHARDSON, LEE e BERG-WEGGER (2013) referem que através de intervenções não farmacológicas pode-se reduzir o impacto negativo da exaustão do cuidador, a institucionalização precoce da pessoa cuidada, aumenta a qualidade de vida das pessoas cuidadas, das famílias e dos cuidadores.

FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO

Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo que pretende orientar a pesquisa em determinado domínio, explorando assim novas informações (FORTIN, 2003). Com este

propósito adotámos como questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem que visam a prevenção da exaustão do cuidador?”, deste modo, o objetivo deste artigo é realizar uma revisão sistemática da literatura que enuncie as intervenções de enfermagem postas em prática e investigadas nos últimos anos com vista à prevenção da exaustão do cuidador informal da pessoa adulta sem patologia oncológica ou mental.

MÉTODO

Foi efetuada uma pesquisa sistemática da literatura utilizando todas as bases de dados contempladas no motor de busca EBSCO Host recorrendo ao método de PICOS (participantes, intervenções, comparação, resultados - *outcomes*, desenho do estudo – *study design*), para tal, foram utilizados como termos de pesquisa e operadores booleanos: “*burden*” and “*prevention*” and “*caregiver*” em todos os campos de pesquisa.

Posteriormente foram ainda aplicados como critérios de exclusão: artigos anteriores a 2009; textos que não conseguimos aceder na íntegra; artigos repetidos; artigos escritos em língua que não fosse inglês, português e espanhol; artigos de revisão da literatura; artigos que não referissem intervenções de enfermagem não farmacológicas na prevenção da exaustão do cuidador e artigos cujo tema estivesse diretamente relacionado com cuidadores de crianças, cuidadores de pessoas com doença mental ou de portadores de doença oncológica pela sua especificidade.

RESULTADOS

Através da estratégia de pesquisa implementada foram encontradas 594 publicações. Perante a aplicação dos critérios de exclusão foram selecionados 7 artigos que apresentamos na tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Artigos pesquisados de acordo com a metodologia PICOS

Título do estudo / autores	Participantes	Intervenções	Resultados	Tipo de estudo
<i>The effectiveness of home-based individual tele-care</i>	73 Cuidadores de doentes com acidente vascular	1. Antes da alta hospitalar era lecionado um programa em grupo de formação para todos os cuidadores de doentes que sofreram um	Durante o período 1 a exaustão do cuidador do grupo controlo subiu 5.13 pontos, enquanto no grupo experimental houve uma subida de 2,21 contudo não	Estudo <i>quasi</i> - experimental

<i>intervention for stroke caregivers in South Korea</i> KIM e outros	cerebral (AVC) dos quais 42 no grupo experimental e 31 no grupo de controlo	AVC. 2. Ao grupo experimental era ainda prestado apoio telefónico durante 3 meses no total de 14 chamadas telefónicas de confirmação das necessidades da família e reeducação de acordo com essas necessidades, fornecer informação e providenciar apoio emocional e suporte social.	houve uma diferença significativa. No período 2 a exaustão do cuidador baixou 8,07 pontos no grupo experimental e apenas 1,65 no grupo controlo.	
<i>Effectiveness of supportive educative learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand</i> OUPRA e outros	2 grupos de cuidadores e de doentes com AVC de 2 hospitais de regiões rurais: - 64 doentes e 70 cuidadores no grupo experimental - 63 doentes e 67 cuidadores no grupo de controlo	Aplicação de um programa didático SELF de aprendizagem em 3 sessões de 120-150 minutos com participação de 5 a 6 pares de cuidador/doente, treino de cuidadores e fornecimento de um manual de orientação do cuidador e três chamadas de seguimento durante os 3 primeiros meses após a alta.	O grupo de controlo foi o que desenvolveu mais problemas de saúde nos cuidadores 51,4% em oposição de 34,3% do grupo experimental. O grupo experimental reportou ainda melhor qualidade de vida (P=0,001)	Estudo não randomizado
<i>Stroke caregiver outcomes from the telephone assessment and skill-building kit (TASK)</i> BAKAS, Tamilyn e outros	40 cuidadores de doentes com AVC (21 no grupo experimental e 19 no grupo de controlo)	Aplicação do programa <i>TASK (telephone assessment and skill-building kit)</i> composto por 8 sessões individuais por telefone 1 mês após o AVC e um livro de estratégias de controlo de <i>stress</i> do doente e do cuidador com o intuito de diminuir a dificuldade dos cuidadores em realizar tarefas e atender a 4 áreas principais de necessidades dos cuidadores: procura de informação sobre a doença, compreender as emoções e comportamentos dos doentes, promover o auto-cuidado e providenciar equipamento de apoio.	No final da experiência (às 12 semanas) o otimismo era 17,61 no grupo experimental e 13,59 no grupo de controlo; a dificuldade em realizar tarefas era 22,34 no grupo experimental e 24,63 no controlo; a ameaça percebida era 30,64 no grupo experimental e 38,92 no grupo de controlo; os sintomas depressivos eram 4,37 no grupo experimental para 6,75 no outro; mudanças na vida eram 56,5 no grupo experimental para 60,29 no controlo e a saúde em geral era 60,29 no grupo experimental para 57,62 no controlo	Estudo randomizado
Pilot study of a	10 cuidadores	Implementação do programa	No grupo experimental o grau	Estudo quasi -

brief behavioral sleep intervention for caregivers of individuals with dementia SIMPSON, Cherie; CARTER, Patricia A. -	de doentes com demência (5 cuidavam do doente em casa e 5 numa instituição de longa duração).	CASI (<i>caregiver sleep intervention</i>) experimental comportamental no sono com duração de 5 semanas. Combina relaxamento, controlo de estímulos, educação da higiene pessoal do sono com metas pessoais e gestão através de conveniência dos cuidadores.	avaliado de sono não teve correlação com os sintomas depressivos, contudo na última semana a qualidade do sono já apresentava uma correlação significativa $r=0,95$.	experimental
Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada LILLY, Meredith e outros	23 cuidadores de doentes com demência em 3 grupos com uma média de 8 participantes.	Foi aplicado um questionário com questões abertas e fechadas aos grupos de apoio de cuidadores; tentou-se perceber o suporte e recursos em saúde e bem-estar necessários aos cuidadores e como é que as políticas de saúde influenciam essas necessidades e levar estas políticas a debate de forma a perceber que estratégias são postas em prática para diminuir a exaustão do cuidador.	Encontraram-se duas áreas temáticas: -esquecimento: abandono do cuidado, sentir-se sozinho e indefinição; há a perspectiva de que os cuidadores serão sempre capazes de ser cuidadores sendo uma garantia os cuidados prestados por eles; os cuidadores são assim esquecidos, assim como as suas necessidades; foram feitos relatos de exaustão devido a períodos prolongados de cuidados e aumento da dependência sem que houvesse proposta de transferência para instituições de cuidados de longa duração - expectativas irreais sobre o autocuidado dos cuidadores; os cuidadores relataram que por vezes não têm ajuda de amigos, familiares nem do próprio sistema de saúde	Estudo qualitativo, descritivo - <i>focus group</i>
Testing a home-telehealth programme for US veterans recovering from stroke and their family caregivers. LUTZ, Barbara J. e outros	18 idosos com AVC há menos de 3 meses que se encontravam em recuperação e 14 cuidadores.	Aplicação do programa CCHT (<i>Care Coordination/Home-Telehealth</i>) de aconselhamento telefónico por mensagens com a duração de 14 dias em que era fornecida informação sobre a doença, necessidades dos doentes, quedas e medicação. Eram ainda feitas questões fechadas e abertas aos doentes e aos cuidadores.	5 cuidadores apresentaram níveis clinicamente significantes de exaustão do cuidador após o seu familiar ter tido alta hospitalar e relataram que um maior contacto com um coordenador durante as primeiras semanas e informação sobre a doenças seriam benéficos.	Estudo não randomizado com mistura de métodos

<p>The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of health failure patients: A quasi-experimental study</p> <p>CHIANG, Li-Chi e outros</p>	<p>63 doentes com insuficiência cardíaca;</p> <p>- no grupo experimental estiveram 30 cuidadores</p> <p>- no outro grupo 33.</p>	<p>No grupo experimental foi feita assistência durante 30 dias por um sistema domiciliar de telessaúde nas 24 horas diárias em que era feita monitorização do estado de saúde do doente e aconselhamento por telefone. Ao outro grupo foi apenas feita uma planificação de cuidados antes da alta.</p>	<p>O cansaço do cuidador teve um decréscimo de 43,93 para 23,72 no grupo experimental e de 41,5 para 32,37 no grupo de controlo. O controlo do stress provocado pelo papel de cuidador subiu de 336,57 para 378,53 no grupo experimental; e de 338,17 para 358,63 grupo de controlo.</p>	<p>Estudo quasi-experimental</p>
---	--	--	--	----------------------------------

DISCUSSÃO

A presente revisão pode apresentar algumas limitações relacionadas com o afinilamento da pesquisa. Enveredámos apenas para intervenções de enfermagem não farmacológicas em estudos publicados num curto espaço de tempo (2009 – 2014) e pela seriação dos cuidadores de pessoas adultas sem patologia mental ou oncológica. Este facto leva a uma baixa possibilidade de generalização dos resultados a uma população mais vasta. Contudo, foi nosso propósito conhecer quais as intervenções de enfermagem preventivas do cansaço do cuidador que estavam a ser implementadas nos últimos anos e que se encontravam a ser investigadas.

Da análise dos artigos podemos constatar que a maioria se refere a cuidadores informais de pessoas com demências (2 estudos) e doença cardio-cérebro-vasculares (4 estudos com cuidadores de doentes com AVC) e 1 estudo com doentes com insuficiência cardíaca.

Tal como noutras revisões sistemáticas da literatura, os cuidadores familiares são quem presta essencialmente os cuidados no domicílio, sendo a sua maioria do sexo feminino, tendo algum grau de parentalidade com a pessoa cuidada (esposa ou filha), (RICHARDSON, LEE e BERGWEGER, 2013).

Em todos os estudos apresentados houve uma relação entre transição para o novo papel de cuidador, o desempenho desta nova função e a exaustão do cuidador. Resultado desta relação, houve necessidade dos diversos investigadores de recorrerem a escalas de mensuração do nível de cansaço do cuidador antes e após implementação das intervenções de enfermagem propostas, das quais destacamos o questionário desenvolvido por Kim e Roh em

2005 específico para avaliar a exaustão do cuidador da pessoa com AVC, a *Caregiver Burden Inventory* e a *Caregiver Burden Interview* criada por Zarit em 1980 (PINO-CASADO, 2011; CHIANG, 2012).

Relevamos ainda a importância dos estudos randomizados na análise da eficácia das intervenções implementadas. Os estudos randomizados são utilizados para explicar uma relação causal, desta forma, pode-se aferir a eficácia da implementação dos diversos projetos de prevenção do cansaço do cuidador (FORTIN, 2003). No entanto, apenas encontramos um estudo cujo desenho metodológico obedecia aos critérios de randomização (aleatorização, manipulação e o controlo).

Todavia, podemos ainda encontrar nos artigos analisados estudos quasi-experimentais e um estudo que congrega o método qualitativo e quantitativo na descrição do fenómeno do cansaço do cuidador e das intervenções que os cuidadores consideram ser importantes. Verificámos ainda que a maioria dos estudos (6) tem um tratamento de dados quantitativos enquanto apenas um deles optou pelo método qualitativo. Este último apresenta descrições sobre os sentimentos de abandono vivenciados pelos cuidadores de pessoas com demência e sugere um apoio social efetivo com recursos cabais que pudessem fornecer informação aos cuidadores e dar resposta não só às pessoas cuidadas mas permitir também o descanso do cuidador (LILY *et al*, 2012). RICHARDSON, LEE e BERG-WEGER (2013) referem que os cuidadores ao experienciarem a exaustão do cuidador têm um alto risco de desenvolver depressão e viverem em isolamento social, bem como poderem desenvolver distúrbios do sono que contribuem para o seu declínio cognitivo. Naquele estudo os cuidadores consideram ainda o seu papel como crucial no sistema de saúde, pelo que, devem ser apoiados no seu compromisso de cuidadores e respeitados como tal, tendo respostas céleres por parte das políticas de saúde e dos profissionais aos seus pedidos de ajuda (LILY *et al*, 2012).

As intervenções de enfermagem aplicadas nos estudos demonstraram uma relação positiva como a prevenção da exaustão do cuidador. De uma forma geral todos os estudos aplicavam intervenções complexas que incidiam não só no ensino, treino de competências mas também em estratégias de lidar com a exaustão associada ao papel de cuidador, aos recursos existentes na sociedade e ao autocuidado do cuidador. Numa revisão sistemática da literatura realizada por GOY, FREEMAN E KANSAGARA em 2010, refere-se que as intervenções complexas reduzem a exaustão do cuidador e aumentam a sua capacidade de ultrapassar essa mesma exaustão, principalmente quando estas intervenções são orientadas de forma personalizada para as necessidades verificadas e implementadas no domicílio.

Nos estudos analisados encontramos essencialmente 3 tipos de intervenções complexas: formação em grupos de cuidadores, promoção do sono e repouso do cuidador e assistência através de telessaúde.

Concluimos que os investigadores recorreram essencialmente à aplicação de sistemas de apoio dos cuidadores e das pessoas cuidadas através de sistemas de telessaúde.

A telessaúde aplicada à prática de enfermagem tem tido uma grande expansão desde a década de 1990 (AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION, 2014). Ela congrega vários tipos de telecomunicações e tecnologias, incluindo telefone, a internet de alta velocidade, sem fios, via satélite e comunicações por vídeo. Desta forma, a enfermeira entra em interação com um utente, o seu cuidador e a família, recebendo eletronicamente informações sobre o utente o que permite também transmitir as intervenções terapêuticas e monitorizar e registrar as respostas do cliente e os resultados aos cuidados prestados. KIM (2012), relata no seu estudo que a aplicação da telessaúde é um sistema efetivo no apoio à família e na prevenção da exaustão do cuidador pois permite um apoio de proximidade de baixo custo, independente da localização da enfermeira e dos utentes, sendo também bastante facilitador no tempo despendido e principalmente nos casos em que os doentes ou os cuidadores não se conseguem deslocar aos serviços de saúde.

LUTZ (2009) revela ainda que o apoio prestado pelos coordenadores de caso logo após as primeiras semanas após a alta hospitalar pode ser vital na prevenção da exaustão do cuidador, diminuindo o *stress* associado à transição para o papel de cuidador.

Para além das intervenções de enfermagem propostas, PINO-CASADO (2011) sugere que na prevenção da exaustão do cuidador o enfoque deve ser dado às questões de incrementar o *coping* do cuidador, tais como resolução de problemas, avaliação positivas das situações, assertividade e controlo dos pensamentos negativos.

CONCLUSÃO

A exaustão do cuidador é uma realidade que afeta frequentemente os cuidadores informais, podendo ter consequências tanto para a sua saúde e bem-estar, como para o funcionamento familiar e para os cuidados que por ele são prestados.

Com base na análise de estudos publicados entre 2009 e 2014 relativos a cuidadores de doentes com doenças cardio-cerebro-vasculares e demências podemos concluir que as intervenções de enfermagem que visam a prevenção da exaustão do cuidador da pessoa adulta sem doença neoplásica ou mental são essencialmente intervenções complexas que congregam intervenção de ensino sobre as patologias, treino de competências para desempenho dos cuidados, apresentação dos recursos existentes na comunidade, participação em grupos de cuidadores, estratégias de superação de problemas, intervenções sobre autocuidado dos cuidadores, apoio mediante a deteção de necessidades e promoção do sono e repouso do cuidador.

De todas as intervenções destacamos o recurso a sistemas de comunicação por telessaúde para implementação de intervenções de apoio aos utentes e cuidadores.

Consideramos que apesar de esta ser uma temática estudada nos últimos anos, mais investigação deve ser feita procurando relações causais mais explícitas com a exaustão do cuidador e as intervenções implementadas pelos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION, 2014 - **NCSBN Position Paper on Telehealth Nursing Practice**. Iowa Board of Nursing Newsletter, August, September, October 2014 p. 7
- BAKAS, Tamilyn e outros - **Stroke caregiver outcomes from the telephone assessment and skill-building kit (TASK)**. Top Stroke Rehabil, 2009. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19581197>
- BENJUMEA, Carmen de la Cuesta - **CUIDADO FAMILIAR EN CONDICIONES CRÓNICAS: UNA APROXIMACIÓN A LA LITERATURA**
<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17047/3/Texto%20%26%20Contexto.pdf>
- CHIANG, Li-Chi e outros - **The effectiveness of telehealth care on caregiver burden , mastery of stress, and family function among family caregivers of hearth failure patients: A quasi –experimental study**. International Journal of Nursing Studies, outubro 2012.[Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22633448>
- Duro, Susana - **Cuidar da família ao longo da vida**. Lisboa: Universidade Católica Editora. 2013
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de investigação da concepção à realização**. Trad. Nídia Salgueiro. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-x
- Gomes, Lídia Maria Martins; Fernandes, Sandra Maria. **A família como prestadora de cuidados e o enfermeiro como apoio**. Revista Sinais Vitais, nº77, Março 2008. P 40-42
- GOY Elizabeth, FREEMAN Michele, KANSAGARA Devan - **A systematic evidence review of interventions for nonprofessional caregivers of individuals with dementia**. VA-ESP Project #05-225: 2010. [available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49194/pdf/TOC.pdf>
- KIM, S.S. e outros - **The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea**. International Nursing Review, 2012. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22897188>
- LILLY, Meredith e outros - **Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada**. Health and Social in the Community. Janeiro 2012. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21851447>
- LUTZ, Barbara J. e outros - **Testing a home-telehealth programme for US veterans recovering from stroke and their family caregivers**. Disability and Rehabilitation, 2009. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18720112>
- Martins, Teresa - **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores**. Coimbra : Formasau, 2006.

OUPRA, R. e outros - **Effectiveness of supportive educative learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand.** Health and Social Care in Community, janeiro 2010. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19519873>

Pereira, Isabel C. Ferraz. **Regresso a casa, estrutura da ação de enfermagem.** Lisboa: Universidade Católica Editora. 2013

PINO-CASADO, Rafael e outros – **Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review.** Journal of Advanced Nursing, março 2011. Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21658096>

RICHARDSON, Todd; LEE, SOO J.; BERG-WEGER, Maria – **Caregiver health: health of caregivers of Alzheimer’s and other dementia patients.** Geriatric Disorders, julho 2013. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23712718>

SANTOS, Paulo Alexandre - **O familiar cuidador em ambiente domiciliar.** 2005. http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/tese_completa.pdf

SIMPSON, Cherie; CARTER, Patricia A. - **Pilot study of a brief behavioral sleep intervention for caregivers of individuals with dementia.** Research in Gerontological Nursing, Vol 3, n.1, 2010. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20128540>

Veríssimo, Moreira - **Os Cuidadores familiares/informais – cuidar do doente idoso dependente em domicílio.** Pensar Enfermagem. Pensar Enfermagem, vol8, n.1, 2004. P. 60-65

World Health Organization - **Ageing and life-course.** http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/en/

6.9. APÊNDICE IX - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO *BURDEN* DO CUIDADOR

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO *BURDEN* DO CUIDADOR

Título: Prevenção do *Burden* do cuidador

Data: 30/10/2014

Local: Sala de reuniões do Centro de Saúde

Público-alvo: Enfermeiros

Duração total: 30 minutos

Justificação da sessão de formação: De acordo com os cuidados prestados a nível domiciliário pela equipa da Unidade de Cuidados Continuados e as necessidades percecionadas durante a prestação de cuidados na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos tomei a iniciativa de propor a uma formação sobre a prevenção do *burden* do cuidador.

Com o presente tema pretendo contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e família pela equipa da Unidade de Cuidados Continuados, sensibilizando os para esta temática e para os ganhos em saúde.

Material: sala de formação, projetor

Formador: Filipa Verde

Plano da formação:

1	1 minuto	Apresentação do tema da sessão formativa.	
2	1 minuto	Apresentação dos objetivos da sessão.	
4	18 minutos	Apresentação teórica do tema:	<ul style="list-style-type: none">• Caracterização da sociedade atual• Caracterização dos cuidadores• Realidade vivenciada pelos cuidadores• Definição de <i>burden</i> do cuidador• Fatores de risco para desenvolvimento do <i>burden</i> do cuidador• Como avaliar o <i>burden</i> do cuidador• Intervenções nos estudos sobre prevenção do <i>burden</i> do cuidador
5	10 minutos	Reflexão	Esclarecimento de dúvidas. Reflexão com a equipa de enfermagem sobre as intervenções na prevenção do <i>burden</i> do cuidador.

6.10. APÊNDICE X - APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO *BURDEN* DO CUIDADOR

Sociedade atual pautada por:

- Aumento da esperança de vida
- População envelhecimento
- Doenças crónicas (algumas incapacitantes, progressivas e avançadas)

Aumento do consumo de cuidados de saúde



Quem são os cuidadores:

- Mulheres
- Familiares (casadas)
- Idosos



Burden = sobrecarga / tensão/ exaustão



Burden do cuidador

Um estado de sobrecarga do cuidador caracterizado por stress intenso em determinadas áreas nomeadamente saúde, bem estar psicológico, financeiro, vida social e na relação entre o cuidador e a pessoa cuidada; resultante do processo de cuidados. (ZARIT 1980 citado por PINO-CASADO 2011)

Uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e pedidos do utente. (VERÍSSIMO, 2004)

Pode estar relacionado com ansiedade, depressão e alteração do estado de saúde.



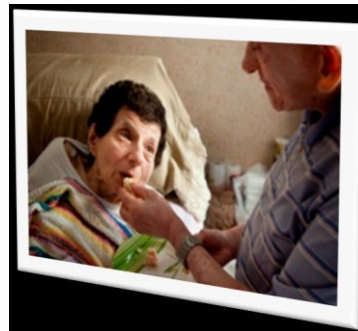
Fatores de risco para o desenvolvimento do burden do cuidador relacionados com o cuidador:

- Sexo feminino
- Idade avançada
- Debilidade da capacidade emocional e baixo nível de saúde
- Depressão do cuidador
- Estigma do cuidador
- Baixo relacionamento com a pessoa cuidada
- Baixa motivação
- Diminuição da qualidade de vida
- Horas de cuidados
- Baixa auto-estima
- Baixa auto-eficácia
- Mecanismos de coping



Fatores de risco para o desenvolvimento do burden do cuidador relacionados com a pessoa cuidada:

- Comorbilidades
- Nível cognitivo
- Problemas comportamentais
- Realização das atividades de vida
- Deambulação
- Diminuição da mobilidade



RICHARDSON, LEE e BERG-WEGER (2013)

Como avaliar o burden?

- ✓ Montgomery Borgatta Burden Measure
- ✓ Caregiver Well-Being Scale Grounded
- ✓ Burden Scale for Family Caregivers (BSFC)
- ✓ Zarit Burden Interview



Zarit Burden Interview

Mede a saúde o bem estar psicológico e socioeconómico do cuidador principal, e a sua relação com o doente.

Escala de Zarit foi validada para a população portuguesa (2009 Novembro -2010 Abril)

21 itens foram validados, o item 22 foi excluído pela sua generalidade e por estar correlacionado com os outros itens.

FERREIRA(2010)



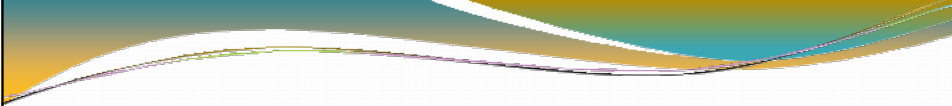
Escala de Zarit:

Escala de Likert graduada de 0-4:

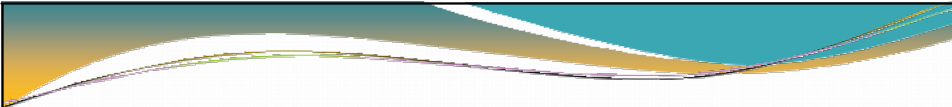
- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Bastantes Vezes
- Quase sempre

Escala de Zarit

1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?
6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?
12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?



Fatore avaliados
Perda de controlo
Sacrifício
Dependência
Receio/angústia
Autocrítica



Score	Sobrecarga
≤ 21	Ausência de sobrecarga
21 - 40	Sobrecarga moderada
41 - 60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga severa

104 cuidadores de utentes em cuidados paliativos domiciliários
Score 37,26

Intervenção na prevenção do burden do cuidador:

As intervenções não farmacológicas podem reduzir o impacto negativo do burden do cuidador, podem reduzir a institucionalização precoce da pessoa cuidada, aumenta a qualidade de vida das pessoas cuidadas, das famílias e dos cuidadores.

RICHARDSON, LEE e BERG-WEGER (2013)



O que dizem os estudos mais recentes:

The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea



Demonstra que o apoio telefónico é um complemento do programa de grupo hospitalar. Era prestado apoio ao cuidador e aconselhamento, reconfirmação da avaliação das necessidades da família, providenciar apoio emocional e social, informação e reeducação de acordo com as necessidades da família.

Intervenção que não depende diretamente do tempo e da localização da pessoa.
Baixo custo.

Effectiveness of supportive educative learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand

Programa educativo didático composto por três sessões em grupo, treino com os cuidadores, folhetos sobre a doença e três chamadas telefónicas de seguimento três meses após a alta (discussão dos problemas, sugestões e dar suporte aos cuidadores).

No grupo de controlo as causas de tensão são as mudanças de vida e alteração no padrão de tempo. No grupo de intervenção detetaram ainda que para além dos fatores anteriores havia ainda a pressão financeira.

Dar suporte ao cuidador e formação era essencial para diminuir a tensão e aumentar a qualidade de vida.



Stroke caregiver outcomes from the telephone assessment and skill- building kit (TASK)

Este estudo baseia-se do modelo da Teoria transaccional do stress de Lazarus que nas situações de stress , a avaliação da personalidade e dos fatores envolvidos podem mediar os resultados emocionais e adaptativos.

Áreas de desenvolvimento de competências: procura de informação sobre a doença, gestão das emoções e comportamentos do doente, prestação de cuidados, lidar com as respostas ao cuidar.

Indicadores de resultado: fortalecimento das competências existentes, verificação de sintomas depressivos, manter expectativas realistas, resolução de problemas e comunicação com profissionais de saúde.

Todas as semanas eram feitas chamadas telefônicas por uma enfermeira para avaliar as necessidades e prioridades de competências percebidas pelos cuidadores, durante um período de 8 semanas.

Verificou-se que aumentou do otimismo dos cuidadores, diminuiu a dificuldade em realizar tarefas e diminuiu a percepção do medo.



Pilot study of a brief behavioral sleep intervention for caregivers of individuals with dementia



Aplicado um programa de intervenção comportamental do sono com a duração de 5 semanas que incluía relaxamento, controlo de estímulos, terapia cognitiva e higiene do sono com estabelecimento de objetivos (ver televisão, caminhar 15-20 minutos, fumar, realizar meditação) . Aplicado a cuidadores de pessoas no domicílio e institucionalizados.

Os cuidadores da pessoa com demência têm uma baixa qualidade de sono tanto no domicílio como nas instituições, mas não foi possível testar a efetividade do programa aplicado por reduzido número de participantes.

Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia?
Evidence from British Columbia, Canada



Estudo qualitativo realizado num grupo de suporte em que os cuidadores disseram:

- sentirem-se abandonados pelos profissionais de saúde, programas de saúde e pela própria família (luta pelo seu reconhecimento como cuidadores e pelas suas próprias necessidades
- Desejo de ter mais apoio sobre informação, serviços de apoio domiciliário para a pessoa cuidada, serviços que permitem o descanso do cuidador, admissão em unidades de longa duração
- Perspetiva irrealista de que os cuidadores poderão cuidar de si mesmos

Testing a home-telehealth programme for US veterans recovering from stroke and their family caregivers

Os cuidadores relataram grandes alterações dos papéis na sua vida diária que levaram a alterações no sono, exaustão física, fraturas, baixo nível de saúde resultante do cuidar. Maior contacto com o profissional durante as primeiras semanas facilitou o processo de transição e tornou mais fácil o domínio das novas responsabilidades de cuidar. Permite uma avaliação contínua do processo adaptativo do utente e do cuidador.



The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: A quasi-experimental study



Compara a implementação de um plano de alta e um plano de alta mais apoio por tele-saúde após a alta do centro de doentes cardíacos.

Prestado aconselhamento 24 horas por dia, monitorização dos sinais vitais, ensino sobre fisiopatologia da doença, dieta e limitação da ingestão hídrica.

Esta intervenção demonstra que é favorecido o processo de transição do hospital para o domicílio, diminui significativamente o burden do cuidador e o stress associado ao papel de cuidador e facilita o bom funcionamento familiar. No grupo de controlo haviam mais sintomas associados a depressão do cuidador.



Há que adaptar a melhor estratégia a cada realidade e avaliar o seu resultado.



Os cuidadores informais são fundamentais para cada um dos nossos utentes. Esquecer-se de cuidar do cuidador pode pôr em risco não só o próprio cuidador mas também o utente e a família.



Obrigada pela atenção

Referencias Bibliográficas:

BAKAS, Tamilyn e outros - Stroke caregiver outcomes from the telephone assessment and skill-building kit (TASK).

Top Stroke Rehabil, 2009. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1958197>

CHIANG, Li-Chi e outros - The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: A quasi-experimental study. International Journal of Nursing Studies, outubro 2012. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22633448>

FERREIRA, Fátima e outros - Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliares, para população portuguesa. Cadernos de Saúde, vol 3, n. 2, 2010. [Acedido a 1 de outubro de 2014]. Disponível na internet: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010%282%29.pdf

KIM, S.S. e outros - The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. International Nursing Review, 2012. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22897188>

LILLY, Meredith e outros - Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada. Health and Social in the Community, Janeiro 2012. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21851447>

LUTZ, Barbara J. e outros - Testing a home-telehealth programme for US veterans recovering from stroke and their family caregivers. Disability and Rehabilitation, 2009. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18720112>

OUPRA, R. e outros - Effectiveness of supportive educative learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. Health and Social Care in Community, janeiro 2010. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19519873>

PINO-CASADO, Rafael e outros - Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. Journal of Advanced Nursing, março 2011. Acedido a 7 de outubro de 2014. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21658096>

RICHARDSON, Todd; LEE, SOO J.; BERG-WEGER, Maria - Caregiver health: health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients. Geriatric Disorders, julho 2013. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23712718>

SIMPSON, Cherie; CARTER, Patrícia A. - Pilot study of a brief behavioral sleep intervention for caregivers of individuals with dementia. Research in Gerontological Nursing, Vol 3, n.1, 2010. [Acedido a 7 de outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20128540>

VERÍSSIMO, Moreira - Os Cuidadores familiares/informais - cuidar do doente idoso dependente em domicílio. Pensar Enfermagem. Pensar Enfermagem, vol8, n.1, 2004. P. 60-65

6.11. APÊNDICE XI - FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO *BURDEN*
DO CUIDADOR

FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO *BURDEN* DO CUIDADOR

Com vista a conhecer o seu grau de satisfação em relação à formação “Prevenção do *Burden* do Cuidador”, gostaríamos que preenchesse esta ficha de avaliação.

Na sua avaliação utilize a seguinte escala de satisfação:

1 – muito pouco	2 – pouco	3 – razoavelmente	4 - muito	5 – excelente
-----------------	-----------	-------------------	-----------	---------------

	1	2	3	4	5
Considera que o tema da prevenção do <i>Burden</i> do cuidador é importante na dinâmica de cuidados prestados pela equipa de profissionais da Unidade de Cuidados Continuados?					
Considera que esta formação correspondeu às suas expetativas, tendo sido útil?					
A formadora demonstrou o adequado conhecimento para apresentar esta formação?					
A apresentação da temática da prevenção do <i>burden</i> do cuidador foi feita com clareza?					
A apresentação foi feita de forma organizada e compreensível?					
A formadora soube sensibilizar os participantes para a prevenção do <i>burden</i> do cuidador como forma de melhoria dos cuidados prestados?					
A formação foi feita de forma dinâmica, permitindo a participação dos participantes?					
Os meios utilizados foram os mais adequados?					
O objetivo desta formação foi alcançado?					
Qual a avaliação global que faz desta formação?					

Sugestões de melhoria:

Muito obrigada pela sua participação!

6.12. APÊNDICE XII - AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO *BURDEN* DO CUIDADOR

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DO *BURDEN* DO CUIDADOR

Nota introdutória

A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos encontra-se em fase de expansão dos cuidados prestados, prevendo-se o alargamento do tempo de cuidados de enfermagem para 12 horas diárias e início de apoio telefónico para os cuidadores e utentes após este horário. Indo ao encontro das necessidades percecionadas durante o estágio de arranjar estratégias de prevenção do cansaço do cuidador foi feita uma revisão sistemática da literatura com os estudos mais recentes que indicam possíveis intervenções de enfermagem na prevenção desse mesmo cansaço.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é realizar uma avaliação sobre a formação “Prevenção do *Burden* do cuidador.

Materiais e métodos

Foi realizada pelos participantes no final da sessão de formação uma avaliação escrita individual, voluntária e anónima. Esta avaliação era constituída por 10 questões apresentadas em tabela. Cada questão poderia ser avaliada através de uma escala: 1 – muito pouco, 2 – pouco, 3 – razoavelmente, 4 – muito, 5 – excelente, tal como se ilustra no APENDICE XI. No final do instrumento de avaliação os participantes tinham uma questão aberta de sugestões onde poderiam deixar algum comentário.

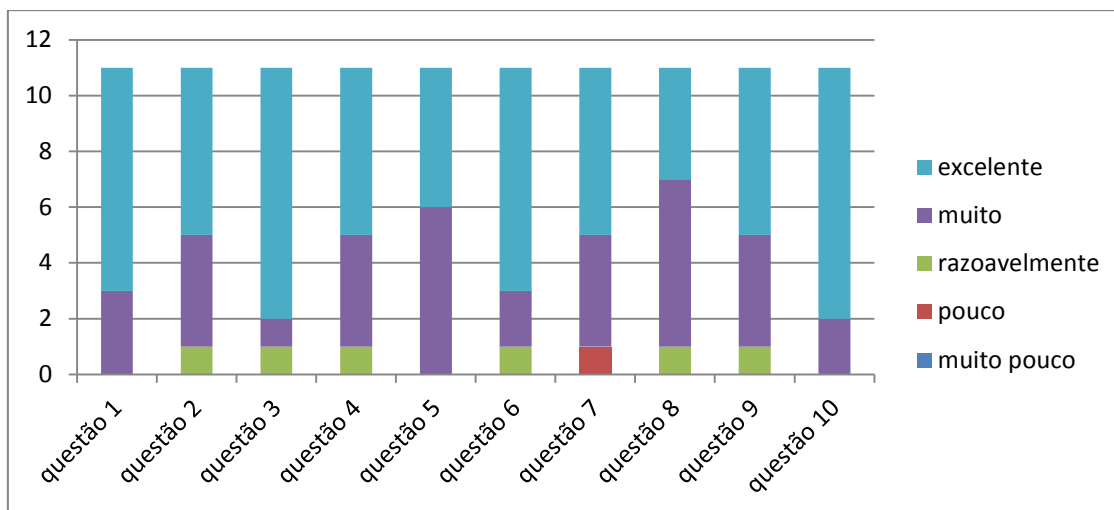


Gráfico 1 – Resultados da avaliação da formação

Resultados

Nesta sessão de formação responderam ao questionário de avaliação 11 elementos entre os quais estavam integrados enfermeiros, médicos, psicólogas e assistentes operacionais, o que revelou uma adesão não só dos destinatários da formação que eram os enfermeiros, mas também quiseram participar outros elementos da equipa.

Os resultados da avaliação encontram-se patentes no gráfico 1.

Discussão dos resultados

No âmbito geral os resultados demonstraram uma avaliação positiva, contudo as questões com pior resultado foi a questão 7 relacionada com a dinâmica da formação e a questão 8 que revela que os participantes consideraram que a formadora podia ter sido mais motivadora para a necessidade de prevenção do cansaço do cuidador como forma de melhoria dos cuidados.

Os melhores resultados foram obtidos na questão 3 que se refere ao adequado nível de conhecimentos da formadora sobre a temática apresentada e a questão 10 que se refere à avaliação global da formação.

Nota final

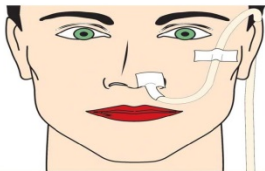
Os resultados obtidos revelam um balanço positivo, contudo pior que a anterior formação sobre parceria de cuidados com a família.

Através da adesão dos elementos da equipa pode concluir-se que há um interesse geral dos seus colaboradores em aumentar os conhecimentos e participar em dinâmicas formativas.

6.13. APÊNDICE XIII - FOLHETO - ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA

Cuidados com a pele:

- A fixação da sonda nasogástrica deve ser feita com um adesivo hipoalérgico.



- Observe regularmente a pele que está perto da sonda. Mantenha-a hidratada, limpa e seca.
- A fricção provocada pela sonda juntamente com a humidade pode provocar feridas.
- Não é normal que a pele junto à sonda se encontre vermelha, com sangramento ou comichão.

O cuidador faz parte da Equipa. É o cuidador que vai estar com a pessoa de dia e de noite.

A Equipa é mais um recurso de que dispõe a **pessoa cuidada e o seu cuidador.**

Unidade de Cuidados Continuados

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

Elaborado pela En^ª Filipa Verde
Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica—Lisboa

Unidade de Cuidados Continuados

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

Alimentação Entérica



Alimentação Entérica

Algumas recomendações:



- Antes de dar alimentação pela sonda posicione a pessoa sentada.
- Lave as mãos e prepare todo o material de que vai precisar.
- Verifique que a sonda se encontra devidamente presa e que encontra inserida no local correcto.

- Antes de dar alimentos verifique se ainda existem alimentos não digeridos ou outro conteúdo. Caso o conteúdo sejam alimentos ainda não digeridos deve ser reintroduzido e esperar uma hora até verificar novamente o conteúdo. No caso do conteúdo ser diferente da alimentação que deu anteriormente, nomeadamente castanho, verde ou amarelo em grande quantidade e com cheiro fétido deve ser desperdiçado; lave a sonda com água e verifique se esta foi digerida.
- Para testar que a sonda nasogástrica está no estômago quando não há conteúdo, injecte pelo menos 50ml de ar antes de dar alimentos e sintá o borbulhar do ar no estômago. Depois retire o ar injectado.

A alimentação entérica é uma alternativa artificial para a ingestão de alimentos pela boca, que pode ser feita através de uma sonda posicionada ou implantada no estômago ou intestino (duodeno ou jejuno).

Os alimentos são preparados de forma a ficarem líquidos (triturados) ou em forma de pó misturados com água ou sumo; devendo manter os princípios de uma alimentação variada e equilibrada.



A dieta entérica de preparação caseira deve ser guardada no frigorífico e retirada 30 minutos antes do uso, somente a porção a ser dada.

Quando há necessidade de aumentar o aporte de algum dos nutrientes podem ser administrados suplementos alimentares líquidos segundo indicação médica.

- Os alimentos devem ser dados de forma lenta em refeições fracionadas (máximo de 350ml de cada vez) de forma a evitar diarreia, formação de gases, distensão abdominal e vômitos.
- Os alimentos devem ser dados à temperatura ambiente (não há necessidade de aquecer a dieta em banho-maria ou no micro-ondas)



- Os medicamentos devem ser triturados e misturados com água. Há que ter em atenção que existem medicamentos que não devem ser administrados pela sonda ou juntos com a alimentação; verifique sempre com a equipa de cuidados paliativos.

- Quando terminar a alimentação entérica injecte na sonda água para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda.
- Após a alimentação tape a sonda com a tampa e deixe a pessoa na mesma posição 30 minutos, de forma a evitar que vômitos ou regurgitação entrem nos pulmões.
- Em caso algum a pessoa com alimentação entérica deve alimentar-se oralmente sem que haja indicação médica.

6.14. APÊNDICE XIV - INCREMENTAR O SENTIDO DE VIDA NA PESSOA IDOSA:
CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA – POSTER

Incrementar o sentido de vida na pessoa idosa: Contributos para uma revisão sistemática da literatura



Autoras:
Filipa Verde*, Patrícia Pontífice Sousa**

*Enfermeiras do CHAlgarve, Estudante do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

verdefilipa@gmail.com
patriciapps@ics.lisboa.ucp.pt

Introdução:

Em Portugal a esperança média de vida atingiu os 80,6 anos e estima-se ainda que as pessoas com mais de 65 anos vivam pelo menos 6,6 anos sem limitações físicas ou incapacidade (PORDATA, 2014). Ao longo do percurso de envelhecimento a pessoa vai sentindo a perda das suas faculdades físicas, cognitivas e adaptativas constituindo esta fase final do ciclo de vida uma crise. Assim é crucial que a pessoa idosa não se sinta um peso para a sociedade e para a economia, e encontre um sentido para aquilo que vivenciou (HONORÉ, 2013). Urge promover o sentido de vida que é uma variável positiva crucial para a vida e para o alívio do sofrimento que requer auto - conhecimento, compreensão dos outros, busca de soluções otimistas, bem - estar, auto - controlo, auto - eficácia, delinear situações, seguir os objetivos e dispor de mecanismos de *coping* em situações penosas e angustiantes KRAUS, RODRIGUES e DIXE (2009) parafrazeando CARNEIRO (2006). Cabe então ao enfermeiro contribuir para o bem-estar, serenidade e promoção do sentido de vida da pessoa. Com efeito, na sua prática os enfermeiros dispõem de um amplo leque de meios e tempos de ação que podem promover o sentido de vida na pessoa idosa (WEESBEN, 2000).

Métodos:

Este trabalho demonstra os contributos para uma revisão sistemática da literatura com o intuito de responder à questão de investigação "Quais as intervenções de enfermagem que visam incrementar o sentido de vida na pessoa idosa?"; para tal, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados EBSCOHOST – Research Databases, B-On, SciELO recorrendo ao método P.I.C.O. utilizando o termo "meaning of life", e o descritor "aged", em qualquer campo textual tendo sido aplicados como critérios de exclusão:

- artigos anteriores a 2008;
- textos que não conseguimos aceder na íntegra;
- artigos repetidos;
- artigos escritos em língua que não fosse inglês, português e espanhol;
- artigos que não se encontravam diretamente relacionados com as intervenções de enfermagem que visam incrementar o sentido de vida na pessoa idosa.

Resultados:

109 resultados

Aplicados critérios de exclusão

4 artigos com intervenções de Enfermagem promotoras do sentido de vida em pessoas idosas

Estudo:

Living in aged care: using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia (2010)

A Structural model of the biopsychosocio-spiritual factors influencing the development towards gerotranscendence in a sample of institutionalized elders (2011)

Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate with physical and emotional symptoms (2013)

Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients (2014)

Resultado:

A participação durante 6 a 24 semanas em pequenos grupos de reminiscência ajudava os idosos com demência a incrementar a esperança no futuro, identificar e perceber a sua dimensão espiritual, o sentido da sua vida e reforçar o seu sentido de identidade e pertença.

Um adequado suporte social, intervenções de promoção da saúde mental e espiritual podem ser cruciais para a satisfação e para a promoção do sentido de vida.

Quanto maior a severidade dos sintomas físicos e emocionais, menor seria o sentido de vida. As intervenções de enfermagem com o intuito de incrementar o sentido de vida apenas teriam sucesso após um adequado controlo dos sintomas físicos e mentais.

A interação pessoa-pessoa estabelecida entre o enfermeiro e o idoso contribuíam positivamente para o bem-estar, esperança, sentido de vida e transcendência.

Conclusão:

O envelhecimento é uma realidade presente, que afeta a pessoa idosa, a família, os seus conviventes e os seus cuidadores. Deste modo, a promoção do bem - estar e da manutenção do sentido de vida tornam-se cruciais para um envelhecimento bem sucedido. Percebemos através desta revisão sistemática da literatura que as intervenções de enfermagem com vista ao incremento do sentido de vida na pessoa idosa devem ser baseadas numa visão holística da pessoa. Os quatro estudos evidenciaram que um bom suporte social, o adequado controlo dos sintomas físicos e emocionais, a interação enfermeiro - idoso e a participação em grupos de reminiscência contribuíam para a promoção do sentido de vida da pessoa idosa, estando frequentemente associados à esperança e às experiências de transcendência. Este trabalho denota ainda que permanece em aberto um grande caminho a percorrer na investigação e na *praxis* em Enfermagem em Portugal.

Referências Bibliográficas:

- HAUGSÅN, Gørff (2013) – Meaning in life in nursing home patients: a correlate with physical and emotional symptoms. In: *Journal of Clinical Nursing*, nº 23, 2013, 11235-1241. (Acedido a 15 de Abril de 2014). Disponível na internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12282.pdf>
- HAUGSÅN, Gørff (2014) – Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Março 2014, p. 74 – 88. (Acedido a 15 de Abril de 2014). Disponível na internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nvs.12028.pdf>
- HONORÉ, Bernard - O Cuidar em Perspetiva. No centro de um humanismo humanizante. Loures, 2013. ISBN 978-972-8932-91-2.
- KRAUS, Teresa, RODRIGUES, Manuel, DIXE, Maria dos Anjos – Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. In: *Revista Referência*, 11 Série – nº12 (Julho de 2009), p. 77-88
- MACKINLAI, Elizabeth, TREVITT, Corrine – Living in aged care: using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. In: *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010, p. 391-403
- PORDATA - Base de dados Portugal Contemporâneo. (Acedido a 17 de Abril de 2014). Disponível na internet: <http://www.pordata.pt/Portugal>
- WANG, Jing-ly – A Structural model of the biopsychosocio-spiritual factors influencing the development towards gerotranscendence in a sample of institutionalized elders. In: *Journal of Advanced Nursing*, nº 67, Março de 2011, p.2628 -2636. (Acedido a 15 de Abril de 2014). Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21722166>
- WEESBEN, Walter – Cuidar no Hospital: Enquadramento de cuidados de Enfermagem numa perspectiva do Cuidar. Trad. Maria Isabel Baptista Ferreira. Loures: Lusobooks, 2000. ISBN 972-8589-11-6

6.15. APÊNDICE XV - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO
DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO - REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – LISBOA**

**Intervenções de enfermagem na prevenção da infeção do local cirúrgico
no período pós-operatório**

Por: Filipa Ferreira Verde, N.º 192013023

Docente: Doutora Patrícia Pontífice

Lisboa

2014

INDÍCE

	Pág.
Introdução.....	161
Infeção do local cirúrgico.....	164
Classificação da ferida cirúrgica	169
Cuidados na prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós-operatório.....	117
Conclusão.....	181
Referências bibliográficas.....	182

INDÍCE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC.....	166
Tabela 2 - Classificação de ALTEMEIER ou classe de contaminação da ferida.....	170
Tabela 3 - Categorias de recomendações do <i>Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee</i> 5.....	174
Tabela 4 - Materiais de penso que podem ser utilizados em feridas cirúrgicas.....	176

ACRÓMIOS

WHO – World Health Organization

SIGLAS

ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

DGS - Direção Geral de Saúde

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

ILC - infeção do local cirúrgico

MS - Ministério da Saúde

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

NCC - WCH - National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

INTRODUÇÃO

A infecção que ocorre no local da intervenção cirúrgica é conhecida como infecção do local cirúrgico - ILC (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2009), caracteriza-se por aparecimento de edema, rubor, dor, exsudado purulento, descência da sutura e temperatura corporal acima de 38°C nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou nos 90 dias após cirurgia com colocação de próteses (HARRINGTON, 2014; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC 2, 2015). A ILC representa uma das complicações mais comuns das cirurgias e tem sido utilizada como um fator de qualidade dos cirurgiões e dos hospitais (WHO, 2008; WHO 2009).

De acordo com a Direção Geral de Saúde 1 (2013), a ILC é conjuntamente com a pneumonia, a infecção urinária e a infecção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, uma das infecções nosocomiais mais frequentes.

A nível mundial a ILC representou 37% das infecções nosocomiais em doentes cirúrgicos, levando ao aumento do tempo médio de internamento em 4 a 7 dias, elevados custos, alta morbidade e mortalidade (WHO, 2009; ECDC, 2012; DGS 1, 2013). Estima-se, contudo que os valores apresentados sejam subestimados porque muitas infecções ocorrem após a alta hospitalar sendo dificilmente mensuradas nos estudos de prevalência (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH, 2008). A WHO indica que 96% da ILC superficiais ocorrem nos primeiros 28 dias após a cirurgia, ou seja, muitas vezes no período pós alta (2009).

Nos Estados Unidos da América a ILC é a infecção mais comum associada aos cuidados de saúde, representando 31% das infecções em doentes internados (CDC2, 2015).

Os doentes infetados têm duas vezes maior probabilidade de morrer, duas vezes maior propensão de permanecer durante mais tempo nas unidades de cuidados intensivos e cinco vezes maior probabilidade de ser readmitidos após alta (WHO, 2009).

Na União Europeia, as ILC implicam um orçamento adicional de 1,5 a 19,1 biliões de euros por ano.

Em Portugal, no ano de 2012, foi realizado um inquérito de prevalência que abrangeu 103 hospitais, neste estudo, a infecção do local cirúrgico representou 18% das infecções nosocomiais, tendo sido o tipo de infecção mais frequente nos serviços de Cirurgia (DGS1, 2013).

Com o intuito de diminuir as taxas de ILC têm sido emanadas normas e implementadas diversas medidas de prevenção da ILC com vista à standardização das definições e critérios de diagnóstico utilizadas pelos profissionais de saúde, fomentar a colheita de dados, reportar a

existência de ILC pelos hospitais, promover a vigilância epidemiológica da ILC, abordar a patogenidade associada à ILC, descrever fatores de risco, perceber as tendências e seguimento das ILC, implementar e avaliar as medidas preventivas, corrigir as práticas e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, controlar as infeções, permitir a translação de conhecimento e estabelecimento de redes de profissionais que se interessam por esta temática (*European Centre for Disease Prevention and Control* - ECDC, 2012; DGS1, 2013).

Das diretrizes implementadas destacamos a implementação da *bundle* relativa à prevenção da ILC. A utilização de uma *bundle* (conjunto de normas/procedimentos consensualmente aceites e comprovadas) tem o intuito de reduzir o risco de infeção envolvendo todos os profissionais de saúde, sendo aplicada na generalidade dos utentes; o risco de infeção aumenta quando um dos elementos é excluído da aplicação da *bundle* ou não está instruído sobre as práticas da *bundle* (DEPARTMENT OF HEALTH, 2007).

Em suma, as medidas implementadas visam não só a segurança do doente e dos profissionais, a conceção de conhecimento científico, mas também a criação de ambientes salutogénicos, a redução das infeções, a diminuição dos custos associados aos cuidados de saúde e a diminuição das resistências aos antimicrobianos.

Em Portugal as normativas sobre prevenção da ILC derivam da compilação de diversos estudos publicados tendo por base as *guidelines* americanas emanadas pelo CDC e as *guidelines* europeias enunciadas pelo ECDC.

O presente trabalho emerge no âmbito do estágio de Cuidados Intensivos – Módulo II do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado na Unidade Cuidados Intensivos do Hospital.

Este trabalho surgiu da avaliação inicial realizada no âmbito deste estágio, tendo constatado que mais de metade das pessoas internadas nesta unidade eram do foro cirúrgico; pelo que, dando jus à área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na melhoria contínua dos cuidados prestados, decidimos explanar os conhecimentos sobre a temática da prevenção da ILC no período pós-operatório numa sessão de sensibilização para enfermeiros.

O trabalho que agora apresentamos servirá de base para a elaboração da referida ação de sensibilização. Este é composto por uma revisão integrativa da literatura, que congregue não só as *guidelines* internacionais, mas também alguns artigos originais justificativos destas *guidelines* pesquisados na base de dados EBSCO Host publicados nos últimos cinco anos num total de 500 artigos, buscando dar resposta à questão de investigação “Quais as intervenções que visam a prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós-operatório?”.

No início deste trabalho iremos realizar uma conceptualização e categorização da ILC, e, por fim, enumerar medidas preventivas da ILC no período pós-operatório, bem como medidas de vigilância epidemiológica.

Procurando uma uniformização de conceitos, ao longo deste trabalho, recorreremos à palavra “utente” para denominar o agente de cuidados de Enfermagem, não obstante o facto de que na literatura atual, poderemos encontrar outras designações para a sua denominação.

Por opção da autora, este trabalho encontra-se redigido de acordo com novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa. As referências bibliográficas encontram-se estruturadas de acordo com a Norma Portuguesa 405

INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Para perceber o conceito de infecção do local cirúrgico é fundamental compreender alguns conceitos envolvidos nesta problemática; deste modo, iremos inicialmente analisar o conceito de procedimento cirúrgico e de infecção.

O procedimento cirúrgico define-se como a incisão, excisão ou manipulação de tecido que requer anestesia local ou geral, ou sedação profunda para o controlo da dor; estão excluídos os procedimentos invasivos que satisfaçam esta definição mas que sejam realizados em sala de procedimentos não adequada para operações mais invasivas; contudo se forem realizados em sala cirúrgica devem ser considerados (WHO, 2009). O procedimento cirúrgico pode ainda ser uma revisão que é uma nova intervenção ao nível do mesmo local na sequência de uma complicação (hemorragia, disfunção, infecção) da intervenção inicial. Se a revisão for efetuada depois dos 30 dias (ou 90 dias, no caso de próteses) deve ser considerada como uma nova intervenção salvo se for devida a uma infecção.

No que concerne ao conceito de infecção, esta consiste na transmissão de microrganismos para um hospedeiro suscetível após invasão ou suplantação dos seus mecanismos de defesa, resultando este processo na multiplicação microbiana e invasão dos tecidos do hospedeiro, manifestando-se em sinais e sintomas ou pode mesmo ser subclínica (DGS2, 2013).

No que diz respeito à ferida cirúrgica as infeções advêm de procedimentos invasivos nas camadas superficiais ou profundas da incisão ou do órgão/espço que foi manipulado ou traumatizado, ocorrendo a contaminação bacteriana da ferida cirúrgica principalmente durante o procedimento cirúrgico; sendo que dois terços das ILC são incisionais e um terço confinado ao órgão ou espaço (WHO, 2009). Já os fungos de fontes endógenas e exógenas raramente causam ILC, contudo, o número de infeções associadas a fungos tem vindo a aumentar devido ao aumento dos utentes imunodeprimidos (WHO, 2009).

Num estudo publicado em 2004 sobre as taxas de prevalência de ILC na União Europeia 27–40% das infeções eram causadas por *S. aureus*, 6–11% por bactérias coagulase-negativa e estafilococos, 3–15% por *E. coli* e 7–10% por *Pseudomonas* (WHO, 2009).

Sabe-se também que as bactérias que são parte integrante da flora da pele do utente intervencionado e que mesmo após a preparação cutânea profunda realizada por rotina antes da cirurgia não são totalmente eliminadas. Para além disso, inúmeras bactérias que colonizam estruturas corporais como o intestino, podem contaminar o local cirúrgico. Contudo há que salientar que, nem todas as contaminações do local cirúrgico dão lugar a ILC devido à intervenção do sistema imunitário da pessoa, da antibioterapia profilática (administrada nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica) e das medidas implementadas no período pré-

operatório, intra-operatório e pós-operatório, o que é traduzido na seguinte fórmula (WHO, 2009):

Inoculo de bactérias + virulência da bactéria + efeitos adjuvantes = Risco de ILC
Defesa inata e adaptativa – suscetibilidades agudas e crônicas

Desta forma, compreende-se que a contaminação da ferida cirúrgica pode dar-se por via exógena ou endógena (MS, 2004).

Na via exógena a infecção é causada por bactérias estranhas à pessoa vindas dos dispositivos médicos (instrumentos cirúrgicos, próteses e implantes), da equipa cirúrgica, das superfícies e do ar do bloco operatório. Estas bactérias são essencialmente aeróbias, especialmente Gram-positivos (por exemplo, estafilococos e estreptococos), (WHO, 2009).

Já na via endógena, os microrganismos que infetam o local cirúrgico geralmente são provenientes do próprio utente (DGS1, 2013). Estas bactérias podem estar presentes em pequeno número, mas encontram na ferida cirúrgica condições favoráveis para a sua multiplicação nomeadamente quando há hemorragia, isquémia ou modificação do potencial de oxirredução. Outras características que influenciam a probabilidade de desenvolver uma infecção são: a existência de tecido morto residual, suturas ou outros materiais estranhos e presença de drenos (WHO, 2009). As bactérias endógenas são geralmente cocos Gram-positivos aeróbios (por exemplo, estafilococos), mas podem incluir flora fecal nomeadamente bactérias anaeróbias e Gram-negativos aeróbios em incisões na região perineal e inguinal; e bacilos Gram negativos (por exemplo *Escherichia coli*), Gram – positivos (p.ex. enterococos) e por vezes anaeróbios (*Bacteroides fragilis*) na abordagem do um órgão do sistema gastrointestinal.

Verifica-se ainda que as bactérias causadoras de infecção da ferida cirúrgica contêm ou produzem toxinas e outras substâncias que aumentam a sua capacidade de sobrevivência no hospedeiro ou nos seus tecidos e capacidade de invadir ou danificar o hospedeiro (WHO, 2009). Destacamos neste caso as estirpes de clostridium e estreptococos que produzem exotoxinas que rompem as membranas celulares ou alteram o metabolismo celular. Outro fator que atualmente se encontra ainda em estudo é a produção de glicocálix, nomeadamente, pelas bactérias Gram-positivas que leva à criação de biofilmes; estes inibem a fagocitose e impede a penetração e ligação aos agentes antimicrobianos.

O risco de desenvolver infecção da ferida cirúrgica pode estar ainda relacionado com fatores associados ao utente e à própria cirurgia.

Nos fatores de risco associados ao utente podemos destacar a existência de colonização remota (nomeadamente *E. aureus* nas narinas), diabetes (glicémia acima de 200mg/dl), obesidade (índice de massa corporal superior a 30Kg/cm²), idade avançada, ser fumador

(vasoconstrição e deficiente oxigenação dos tecidos que afeta a cicatrização), alcoolismo, hipotermia, choque, utentes com cancro especialmente aqueles que foram submetidos a radioterapia e quimioterapia, toma de terapêutica com esteróides e corticóides, o estado nutricional e imunitário e as transfusões (5 ou mais unidades de sangue perioperatória); (GDS1, 2013; MS 2004; HARRINGTON, 2014; GOULD, 2012; SHAFFER, 2014).

Contudo a própria cirurgia pode ter riscos inerentes ao desenvolvimento de ILC, nomeadamente o tempo operatório prolongado por mais que 2 horas, abordagem mais ou menos invasiva, tipo de cirurgia (por exemplo abdominal), a utilização de drenos. Destacamos particularmente as cirurgias com colocação de prótese, nas quais a presença de um corpo estranho (por exemplo, um enxerto vascular após cirurgia de *bypass* ou uma prótese articular em cirurgia ortopédica) pode diminuir o número e patogenicidade dos microrganismos necessária para provocar uma ILC (NCC – WCH, 2008; GOULD, 2012, HARRINGTON, 2014).

Assim, o sucesso da prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas e da sistematização de procedimentos por parte dos profissionais de saúde, incluindo a adequada preparação pré-operatória do utente, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antimicrobiana peri-operatória e os cuidados pós operatórios com a ferida cirúrgica (DGS1, 2013; WHO, 2008; ANDERSON, 2014).

Num estudo randomizado desenvolvido em 2011 em doentes submetidos a herniorrafia inguinal com malha comprovou-se que a profilaxia antibiótica com cefazolina (administração continua de 1gr) tinha surtido efeito não só na prevenção da infeção da ferida cirúrgica mas também na profilaxia de outras infeções em comparação com o grupo de controlo (MAZAKI,2014).

Na tabela - 1 indicamos uma compilação das principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC (DEPARTMENT OF HEALTH, 2007, NCC – WCH, 2008; WHO, 2009; DGS, 2010; ESTRADA, 2011; TAI, 2013; DGS1, 2013; DGS2, 2013; DGS3, 2013; ANDERSON, 2014; DGS 2014; ORDEM DOS MÉDICOS, 2014; SPRUCE, 2014):

Tabela 1 - Principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC

Programas de formação e aquisição de competências em controlo e vigilância da infeção por parte dos profissionais de saúde (formação anual da equipa cirúrgica).

Informação aos utentes (sobre a cirurgia, cuidados prestados pelos profissionais de saúde, sinais de ILC, cuidados no período pós regresso a casa).

Avaliação completa de todos os utentes cirúrgicos no período pré-operatório (balanço hidroelectrolítico, correção da hemoglobina, balanço azoto e proteico, etc).

Redução da hospitalização pré-operatória.

Avaliação e tratamento das infeções remotas, nomeadamente descontaminação nasal dos utentes colonizados com *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA) com mupirocina 2% pomada nasal (três aplicações diárias em ambas as narinas) e banho com

clorohexidina, deve ainda ser ponderada a utilização de vancomicina sistémica.
Redução do peso nos obesos.
Cessaçãotabágica no mínimo 30 dias antes da cirurgia.
Controlo da hiperglicemia (antes e após cirurgia).
Restabelecimento das defesas do hospedeiro.
Diminuição da contaminação por bactérias endógenas e duche antisséptico antes da cirurgia. Para prevenção da contaminação com MRSA estão indicadas nas cirurgias eletivas pelo menos, dois banhos prévios à intervenção cirúrgica, com gluconato de clorohexidina a 2%: um na véspera da cirurgia e outro no dia da cirurgia (com, pelo menos, duas horas de antecedência).Na cirurgia do ambulatório, deve ser fornecido ao doente, na consulta prévia, esponja impregnada de gluconato de clorohexidrina a 2% para a realização de higiene pré-operatória em casa.
Remoção dos pelos sem abrasão da pele utilizando máquina apenas quando estes interferem com a cirurgia (2 horas antes da incisão).
Aplicação de uma <i>check-list</i> de controlo.
Escolha e gestão adequada da profilaxia com antibióticos de acordo com o local cirúrgico, padrões de suscetibilidade e a política de antibióticos do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos.
No utente obeso com índice de massa corporal superior a 35, a dose de betalactâmicos é duplicada e na criança o cálculo da dose de antibiótico é feita de acordo com o peso exceto quando a dose assim calculada exceda a dose padrão recomendada.
O antibiótico deve ser administrado nos 60 minutos (120 minutos no caso da vancomicina) que antecedem a incisão cirúrgica e interrupção da antibioterapia no final da cirurgia ou no máximo até às 24h (exceto cirurgia cardíaca).
O antibiótico deve ser repetido cada duas vezes a semivida do antibiótico (em doentes com função renal normal) se houver prolongamento do período cirúrgico superior a 2 horas ou se houver perda de sangue superior a 1500ml, deve repetir a dose inicial.
Criteriosa lavagem das mãos e antebraços da equipa cirúrgica (devem ser esfregados durante 2 -5 minutos), cumprimento dos 5 momentos de higienização das mãos por parte de todos os elementos da equipa de saúde.
Utilização de vestuário cirúrgico e campos impermeáveis adequadamente.
Confirmação da assepsia e antissepsia da pele e dos instrumentos.
Evitar contaminação do ar ambiente do bloco operatório.
Descontaminação adequada das superfícies do bloco operatório.
Manutenção da técnica cirúrgica meticulosa (minimização do traumatismo tecidual, perda de sangue excessiva, entrada em víscera oca, tecidos desvitalizados, drenagem cirúrgica, erradicação do espaço morto).
Os drenos devem ser colocados através de incisão separada, distante da ferida operatória,

mantendo um sistema de drenagem de circuito fechado e devem ser removidos logo que possível.

Manutenção da normotermia durante e após a cirurgia (exceto cirurgias que exijam temperaturas baixas ou utentes com temperatura elevada antes da cirurgia).

Administração do oxigénio durante toda a cirurgia e pelo menos nas 2 horas de pós-operatório imediato.

Redução do tempo operatório.

Redução do tempo de internamento pós-operatório.

Vigilância eficaz da ferida.

CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA

A definição precisa de ILC é crucial para a monitorização, registo e comparação da taxa de infeção, pelo que esta deve ser clara, consistente e aceite pelos profissionais da equipa multidisciplinar (WHO, 2009).

Apresentaremos de seguida a classificação das feridas quanto ao seu encerramento e quanto à presença de infeção.

Quanto ao encerramento da ferida este pode ser primário ou não primário (CDC2, 2015).

O encerramento primário é definido como o fecho de todos os níveis de tecido durante a cirurgia original, independentemente da presença de fios, drenos ou outros dispositivos ou objetos de extrusão através da incisão. Esta categoria inclui cirurgias nas quais a pele é fechada por alguns meios, incluindo incisões que são descritos como sendo "fechada frouxamente" ao nível da pele. Assim, se qualquer porção da incisão é fechada ao nível da pele, por qualquer forma, uma designação de fecho primário deve ser atribuído à cirurgia. É também considerada uma ferida encerrada por primeira intensão nos casos em que o utente deixa o bloco com uma ferida de encerramento não primário e vai posteriormente ao bloco operatório para realizar encerramento definitivo da ferida cirúrgica.

No encerramento não primário, o encerramento da ferida é diferente do primário e inclui cirurgias em que nem todos os níveis de tecidos ficam completamente fechadas durante a cirurgia original. Para cirurgias com encerramento não primário, as camadas profundas do tecido podem ser fechadas por alguns meios (com as camadas superficiais deixada em aberto), ou as camadas profundas e superficiais podem tanto ser deixadas completamente abertas. Um exemplo de uma cirurgia com o encerramento não primário seria uma laparotomia em que a incisão foi fechada ao nível das camadas de tecidos profundos (fáscia), mas as camadas superficiais são deixadas abertas; ou no caso em que o abdómen permanece totalmente aberto após a cirurgia. Se os níveis profundos, fasciais, de uma incisão são deixadas em aberto, mas a pele é fechada, isto é considerado um encerramento não primário.

Feridas que são encerradas secundariamente em algum momento posterior, ou descritas como cicatrização por segunda intenção também devem ser classificadas como tendo fechamento não primário.

Na literatura são utilizadas genericamente duas classificações para descrever as feridas cirúrgicas quanto aos critérios de infeção: a classificação de ALTEMEIER e os critérios para determinar a presença de infeção.

O CDC utiliza a classificação de ALTEMEIER adaptada do *American College of Surgeons* que classifica as feridas de acordo com a probabilidade e grau de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica (DGS 1, 2013; CDC2, 2015). Esta classificação distingue as feridas cirúrgicas em ferida limpa, ferida limpa-contaminada, ferida contaminada e ferida suja/infetada.

O ECDC e o CDC na sua classificação segundo critérios de infecção aludem à ferida cirúrgica segundo a camada mais profunda envolvida na infecção que pode ser incisional superficial, incisional profunda e de órgão / espaço.

De seguida iremos apresentar cada uma das classificações:

Tabela 2 - Classificação de ALTEMEIER ou classe de contaminação da ferida (DGS, 2007; DGS1, 2013; CDC 2, 2015):

FERIDA LIMPA	Ferida operatória não infetada em que não se encontra inflamação e não se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária. Esta é encerrada primariamente e, se necessário, com uma drenagem em circuito fechado. As incisões cirúrgicas após traumatismos não penetrantes (sem corte) devem ser incluídas nesta categoria.
FERIDA LIMPA - CONTAMINADA	Ferida operatória em que se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária não infetadas em condições controladas e sem contaminação não usual. Especificamente as cirurgias da via biliar, apêndice, vagina e orofaringe estão incluídas nesta categoria desde que não haja evidência de infecção e não tenha havido uma quebra significativa na técnica estéril.
FERIDA CONTAMINADA	Feridas resultantes de ferimentos acidentais, abertas, recentes. Também inclui as cirurgias em que se verificou uma quebra da técnica estéril (por exemplo massagem cardíaca aberta) ou derrame significativo da via gastrointestinal, e as incisões onde houver inflamação aguda, sem drenagem purulenta e é encontrado tecido necrosado (por exemplo gangrena seca).
FERIDA SUJA OU INFETADA	Feridas traumáticas antigas com retenção de tecido desvitalizado e aquelas em que há infecção clínica ou vísceras perfuradas. Esta definição sugere que os microrganismos causadores da infecção pós-operatória estavam presentes no campo operatório antes da cirurgia.

Critérios para determinar a presença de infecção (DGS1, 2013; CDC2, 2015):

- **Infeção incisional superficial**

A infecção surge durante os 30 dias seguintes à cirurgia e atinge apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e deve cumprir pelo menos um dos seguintes critérios:

- drenagem purulenta da incisão superficial;
- cultura positiva de líquido ou tecido proveniente da incisão superficial (colhido assépticamente);
- pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade, edema localizado, rubor ou calor locais; e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, e a cultura é positiva ou não realizada. Uma cultura negativa não cumpre este critério;
- diagnóstico de infecção superficial da incisão

Dentro da classificação da infecção incisional superficial existem dois tipos específicos de infecção incisional superficial:

- **Incisional superficial primária:** identificada na incisão primária, num doente submetido a uma cirurgia com uma ou mais incisões (p.ex. incisão torácica numa cirurgia de enxerto coronário – bypass).
- **Incisional superficial secundária:** identificada na incisão secundária num doente submetido a uma cirurgia com mais de uma incisão (p.ex. incisão de zona dadora – membro inferior – na cirurgia coronária – bypass).

Os seguintes casos não se consideram infeções do local cirúrgico: processo inflamatório ou abscesso mínimo do ponto de sutura; queimadura infetada (reportar como queimadura); ferida traumática perfurante (reportar como infecção da pele ou tecidos moles consoante a sua profundidade); infecção incisional que se estende até à fáscia e parede muscular (reportar como infecção incisional profunda).

O diagnóstico de celulite, por si só, não cumpre o critério para ILC superficial; bem como a infecção da circuncisão em recém-nascidos ou a infecção de uma queimadura.

- **Infeção incisional profunda**

A infecção incisional profunda deve cumprir com o seguinte critério: a infecção que surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem prótese (o primeiro dia é igual à data da cirurgia), ou no período de 90 dias se tiver havido colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente) e a infecção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico e infecção atinge os tecidos moles profundos da incisão (fáscias e músculos) e tem pelo menos um dos seguintes critérios:

- drenagem purulenta da zona profunda da incisão mas não de órgão ou espaço .
- deiscência espontânea da sutura ou abertura deliberada da mesma na presença de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (acima dos 38°C), dor localizada, hipersensibilidade à palpação, a não ser que a cultura seja negativa.
- deteção de abscesso ou outro sinal de infeção atingindo a profundidade da incisão por exame direto, durante uma reintervenção ou exame histopatológico ou radiológico.
- diagnóstico de infeção incisional profunda feito por cirurgião ou médico assistente.

Existem dois tipos específicos de infeção incisional profunda:

- Incisional profunda primária: infeção incisional profunda na incisão primária num doente submetido a uma cirurgia com uma ou mais incisões (p.ex. incisão torácica para cirurgia coronária – *bypass*, neste caso a infeção é monitorizada para 90 dias).
- Incisional profunda secundária: infeção incisional profunda na incisão secundária num doente submetido a uma cirurgia com mais de uma incisão (p.ex. incisão na zona dadora – membro inferior – na cirurgia coronária – *bypass*). A infeção detetada no local dador é sempre monitorizada para os 30 dias.

Infeções que afetam mais do que um local específico, as infeções que afetam tanto a incisão superficial como profunda, devem ser classificadas como infeções incisionais profundas.

- **Infeção de órgão ou espaço**

Uma infeção de órgão ou espaço atinge qualquer parte do corpo, excluindo a incisão cutânea, as fáscias e os músculos, que é aberta ou manipulada durante um procedimento cirúrgico. Esta infeção surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem utilização de prótese, ou até 90 dias após a cirurgia no caso de colocação de prótese e deve ainda verificar-se pelo menos um dos seguintes critérios:

- Drenagem purulenta através de dreno colocado no órgão ou espaço.
- cultura positiva de fluido ou tecido órgão ou espaço (colhidos assépticamente).
- deteção de abscesso ou outro sinal de infeção por exame direto durante uma reintervenção cirúrgica, exame histopatológico ou radiológico.
- diagnóstico de infeção cirúrgica de órgão ou espaço feito por cirurgião ou médico assistente.

Ocasionalmente uma infeção de órgão ou espaço drena através da incisão. Esta infeção geralmente não exige re-intervenção cirúrgica e é considerada como complicação da incisão, pelo que se classifica como infeção incisional profunda.

Os locais específicos são assinalados para identificar o local da infeção. Nas instruções de registo da ILC estão os locais específicos que devem ser usados nas infeções de órgão ou

espaço. Por exemplo: se uma apendicectomia se complica de abscesso subfrênico, este deve ser registado como infeção de órgão/espaço intra-abdominal.

Se após a cirurgia houver manipulação invasiva do local da operação para efeitos diagnósticos ou terapêuticos (por exemplo, aspiração com agulha), a infeção não deve ser atribuído à operação. Esta diretriz não se aplica a manipulação fechada (por exemplo, redução da articulação da anca deslocada).

CUIDADOS NA PREVENÇÃO DA ILC NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Sabe-se hoje que após a intervenção cirúrgica e encerramento da ferida o risco de ILC diminui (DGS1, 2013), todavia não deve ser menosprezado o período pós-operatório na prevenção da ILC, deste modo, iremos em seguida enumerar e explicar algumas recomendações de prevenção da infecção do local cirúrgico na fase pós-operatória. Contudo, para categorizar as recomendações recorreremos à codificação de evidência científica utilizado pelo CDC e pela WHO, apresentando-a destacada no texto a negrito quando tal se justificar:

Tabela 3 - Categorias de recomendações do *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee 5* (DGS1, 2013)

Categoria 1A	Fortemente recomendado e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos.
Categoria 1B	Fortemente recomendado baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos.
Categoria 1C	Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.
Categoria 2	Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.
Questão não resolvida	Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

- **Limpeza da ferida cirúrgica e execução do penso:**

Muito do conhecimento que se tem atualmente sobre infecção da ferida cirúrgica proveio inicialmente do conhecimento adquirido com o tratamento de feridas crônicas (AFONSO, 2014).

De acordo com os estudos o fator pós-operatório mais importante na prevenção da ILC é o penso e a técnica utilizada na execução do mesmo (MS, 2004).

O penso tem a função ajudar à hemóstase pós-operatória, proteger a entrada de microrganismos para a ferida, ser estéril, fomentar a cicatrização da ferida cirúrgica, absorver e conter exsudados, promover o isolamento térmico, ser impermeável à água, utilizar material adequado a diferentes tipos de pele e diferentes materiais de encerramento como suturas e agrafos, não ser traumático na sua remoção, não deve provocar dor ao utente, deve promover o alívio da dor e ser confortável (NCC-WCH, 2008; HARRINGTON, 2014; DUMVILLE, e outros, 2014).

Na execução do penso cirúrgico está recomendada a técnica asséptica (*non-touch*), com recurso à utilização de máscara quando indicado - **2** (ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - ACSS, 2011; DGS1, 2013). Esta técnica pressupõe que antes e após as mudanças de penso, ou de qualquer contacto com o local da incisão se deve proceder à higienização das mãos – **1B** (DGS1, 2013), tal como indicam as recomendações dos 5 momentos para higienização das mãos.

A limpeza da ferida deve ser feita da área menos contaminada para a mais contaminada com uma solução salina isotónica. AFONSO (2014) refere que na preparação do leito da ferida, o soro fisiológico é uma solução de limpeza segura, pois não interfere no pH da ferida, não alterando o processo cicatricial, sendo também hipoalergénico. Este deve ser aplicado a uma temperatura, não inferior a 28°C, sendo aconselhados aproximadamente os 37°C, uma vez que as soluções frias podem retardar em 4 horas o processo de cicatrização (ACSS, 2011; AFONSO, 2014).

Devem utilizar-se movimentos circulares suaves na limpeza do local do dreno, desde a zona proximal para a zona mais distal (ACSS, 2011). Os drenos devem ser mantidos em sistema fechado e devem ser removidos logo que possível – **1B** (MS, 2004).

Nas incisões encerradas primariamente, o penso estéril deve permanecer durante as primeiras 48 horas - **1B** (DGS1, 2013).

Nas feridas abertas não está aconselhado esfregar uma compressa no leito da ferida, pois pode provocar traumatismo nos tecidos neoformados e provocar desconforto e dor ao utente (AFONSO, 2014). Aconselha-se neste caso a irrigação com pressão suficiente apenas para remover os detritos da ferida. A pressão deve rondar os 4 a 15 psi; se colocarmos uma agulha de 19G numa seringa de 35ml e instilarmos soro isso representa uma pressão de 8 psi, se instilarmos soro com uma seringa 20 ml e uma agulha de 18G teremos uma pressão de 9,5psi. O tratamento à ferida cirúrgica deve ser feito sempre que o penso se encontre molhado, repassado, descolado ou sujo, para prevenir a proliferação de microrganismos (ACSS, 2011). É importante que as feridas cirúrgicas sejam mantidas especialmente limpas, devendo evitar-se que estas fiquem contaminadas com fezes ou urina, dando especial atenção aos utentes com incontinência (Gray 2007 citado por AFONSO, 2014).

O penso deve ser aplicado deixando uma margem de 3cm de pele intacta (ACSS, 2011).

Os agentes antimicrobianos tópicos não estão indicados em feridas cirúrgicas que são de cura pela intenção primária (NCC – WCH, 2008).

O Ministério da Saúde (2004) descreve ainda que não é consensual o banho sem penso após as 48h.

Na literatura atual estão descritos diversos materiais de penso que podem ser utilizados em feridas cirúrgicas que descrevemos na tabela 4:

Tabela 4 - Materiais de penso que podem ser utilizados em feridas cirúrgicas (NCC – WCH, 2008; DUMVILLE e outros, 2014):

Classificação do penso	Tipo de encerramento	Indicações
Penso de algodão e gaze	Primária e ocasionalmente secundárias	Absorção adicional sobre outro penso primário ou uma camada de contacto com a ferida de baixa aderência.
Alginatos	Secundária	Absorvente, mantem a ferida húmida e remove os detritos celulares e o exsudado da superfície da ferida.
Filmes semi-permeáveis (com absorvente central ou não)	Primário	São permeáveis ao vapor de água e oxigénio, mas são impermeáveis á água e bactérias. Facilitam o ambiente de cicatrização e providencia uma barreira bacteriana, protege o local de incisão.
Poliuretanos	Secundária ocasionalmente primária	É composto por duas camadas de hidrocolóide e um filme impermeável à entrada bacteriana. Facilita o ambiente de cicatrização, minimiza o risco de trauma da superfície da ferida e minimiza a troca de penso.
Hidrocolóides	Primário	Extra-fino – pensos oclusivos compostos por uma matriz de hidrocolóide com base de filme ou espuma; absorvem o exsudado da ferida liquefazendo-se, facilita o ambiente de cicatrização e protege a incisão.
	Secundário	Placas fibrosas – compostos por carboximetilcelulose que ao ficar em contacto com o exsudado se torna em gel sendo absorvente, mantém a superfície da ferida.
Hidrogel	Secundário	Re-hidratação dos tecidos e desbridamento.
Pensos de baixa adesão à ferida (parafinados, com iodopovidona ou cloro-hexidina)	Secundário	Minimizam o risco de trauma e adesão ao leito da ferida, diminuição da dor do utente no ato da troca do penso.
Combinação de pensos	Secundário	Vai depender de penso escolhido, considerando principalmente a gestão de sintomas específicos associados com a infeção, tais como a produção de excesso exsudato, dor, odor associado à

			ferida.
Pensos antimicrobianos (cadexómero de iodo, polihexametileno de biguanida e prata)	Secundárias		Limpeza de feridas, preparação do leito da ferida, estimula e influencia as células específicas envolvidas com o sistema imune e a gestão de infeção de ferida cirúrgica em conjunto com a adequada terapia sistémica.
Irrigação com iodopovidona e clorohexidina	Secundária		Prevenção e gestão do tratamento da ferida cirúrgica em conjunto com terapêutica sistémica.

Na gestão dos produtos e técnicas no processo de cicatrização da ferida cirúrgica podem ainda ser utilizadas a pressão negativa tópica, a terapia dos fatores de crescimento (tais como fator de crescimento derivado de plaquetas), mel antibacteriano, terapia com larvas) e agentes anti-cicatriciais (como transformadores dos fatores de crescimento), NCC – WCH (2008).

- **Ensino ao utente**

O ensino ao utente e aos familiares tem sido um dos pontos suscitados por diversas instituições de saúde que se têm destacado na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.

Este ensino deve incidir nas diversas fases do período operatório, destacando não só os cuidados que o utente deve ter, mas salientando também as medidas que têm sido postas em prática nas instituições de saúde para prevenir a ILC (CDC 1, 2010).

No período pós-operatório evidencia-se o ensino ao utente e à família sobre os cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infeção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta) II (DGS1, 2013). Neste período é estabelecida ainda uma cultura de co-responsabilidade com o utente e a família na prevenção da infeção, solicitando-se ao utente que verifique se tanto os profissionais de saúde como os familiares higienizam as suas mãos quando contactam com ele, evitando que os familiares toquem no penso e na ferida cirúrgica (CDC1, 2010; DGS2, 2013).

- **Normotermia**

No que concerne à normotermia (36º- 37º) esta está assinalada como um dos princípios da *bundle* de prevenção da ILC (DEPARTMENT OF HEALTH, 2007; ESTRADA, 2011). A normotermia está indicada durante a cirurgia e no pós-operatório imediato; excetuando-se nos

utentes com cirurgia que exigia temperaturas corporais mais baixas (por exemplo: cirurgia cardíaca) e os utentes com temperaturas elevadas antes da cirurgia.

Num estudo realizado com utentes submetidos a ressecção coloretal verificou-se que por cada 10 minutos que os utentes eram expostos a temperatura inferior a 36° tinham risco aumentado de 2% de desenvolver ILC (SHAFFER, 2014). Por estes motivos a limitação dos atos que causem hipotermia antes e após cirurgia devem ser reduzidos não só pelo risco de infeção, e maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, mas também por poderem causar desconforto à pessoa (NICE, 2013; HARRINGTON, 2014).

- **Controlo da glicémia**

Desde há muito tempo que os doentes com diabetes têm sido reconhecidos como tendo risco aumentado de desenvolver infeção, de facto estudos demonstraram que em doentes submetidos a cirurgia cardíaca as taxas de ILC são duas a três vezes superiores às dos utentes sem diabetes (WHO, 2009).

O CDC ao considerar o risco elevado dos doentes com diabetes, decidiu em 2015, considerar nos seus estudos que o utente diabético é aquele que tem um diagnóstico de diabetes, requerendo um tratamento com insulina ou um agente antidiabético. Isto inclui utentes com resistência à insulina que tomam agentes antidiabéticos, também inclui os doentes com diagnóstico de diabetes que não cumprem o seu regime terapêutico. Excluem-se dos estudos os utentes sem diagnóstico de diabetes, ou um diagnóstico de diabetes, que é controlado apenas com dieta. Esta definição exclui ainda os utentes a quem é administrada insulina para o controle da hiperglicémia perioperatória, mas não têm o diagnóstico prévio de diabetes.

Cientes do risco de complicações associadas à hiperglicemia na fase anabólica da resposta ao *stress*, recomenda-se particular vigilância da glicémia (valores glicémicos inferiores a 200mg/dl de manhã nas 48h após a cirurgia) pelo risco de hiperglicemia associada à insulino-resistência, da capacidade respiratória alterada, pelo aumento de produção de dióxido de carbono e da esteatose hepática, por risco de hipercortisolémia (DEPARTMENT OF HEALTH, 2007; WHO, 2009). Os indivíduos obesos requerem também particular atenção, uma vez que o tecido adiposo é pouco vascularizado e a obesidade está associada à insulino-resistência (WHO, 2009).

Um estudo publicado recentemente concluiu que independentemente do estadio da diabetes dos utentes, por cada 10mg/dl que a glicémia se elevava aumentava em 6% o risco de vir a desenvolver uma ILC (SHAFFER, 2014). Outro estudo demonstrou que a existência de complicações na diabetes como a neuropatia aumentava o risco de infeção nos doentes submetidos a cirurgia do pé e da articulação tibiotársica (DANE, 2014). Este mesmo estudo demonstrou ainda que os utentes com HgA1c maior ou igual a 8% aumenta em 2,7 a probabilidade de vir a ter ILC.

- **Administração de oxigénio**

A administração de oxigénio encontra-se no quadro das recomendações propostas pela WHO e pela *bundle* de prevenção da ILC não havendo estudos suficientes para consolidar esta prática (WHO, 2009); contudo aconselha-se a administração de oxigénio inspirado de alta fração (80%) durante a cirurgia e suplementação de oxigénio após cirurgia.

A administração de oxigénio está indicada durante toda a cirurgia e pelo menos nas 2 horas de pós-operatório imediato com o objetivo de manter saturações acima de 95% (ESTRADA, 2011).

De qualquer forma, o oxigénio é necessário para a adequada cicatrização da ferida cirúrgica e funcionamento das células da linha branca do sangue (ANDERSON, 2014). Na verdade, o tecido que sofre hipóxia é um conhecido fator de risco para a infeção da ferida e descência. Assim, as tentativas de aumentar a oxigenação tecidual durante e após um procedimento cirúrgico podem ajudar a prevenir a ILC, pensa-se que esta estratégia é mais eficaz se associada à normotermia e à reposição de fluidos.

- **Monitorização hemodinâmica**

Estudos referem que a vigilância hemodinâmica, manutenção hemodinâmica e controle hemodinâmico associados a terapia hemodinâmica dirigida baseada na adequada titulação de drogas, fluidos e inotrópicos infundidos parece reduzir o risco de ILC (SPRUCE, 2014 citando DALFINO 2011 e outros).

- **Alimentação adequada:**

A nutrição tem um papel crucial na cicatrização da ferida cirúrgica e na defesa do organismo contra as infeções (JOHNSTON 2007 citado por HARRINGTON, 2014). As proteínas ajudam a reparar o tecido danificado e a aumentar a resistência à tração da ferida. As vitaminas A, C e E e o selénio atuam na remoção do tecido necrosado e inativam as bactérias que sucedem na fase inflamatória da cicatrização da ferida. Já a vitamina C aumenta a criação de colagénio na pele que é responsável pela neoformação de vasos sanguíneos, e ajuda na absorção de ferro. O zinco ajuda o corpo a sintetizar proteínas e a desenvolver o colagénio.

- **Vigilância epidemiológica:**

A vigilância epidemiológica é transversal a todas as fases do período operatório. Esta tem por objetivo manter a recolha de dados precisa, eficiente e confidencial, fornecendo dados sobre as taxas de risco de infeção final estratificadas, multivariadas, por cada cirurgião e utente – **1B** (DGS, 2013), e divulgar os resultados a todos os profissionais que integram as equipas

cirúrgicas - **1B**, de forma a ser um importante meio de *feedback* das estratégias para reduzir o risco ILC (CDC2, 2015).

A vigilância epidemiológica é composta por métodos que incluem a revisão de processos, revisão de medicação, vigilância laboratorial, tratamento e vigilância do gráfico de temperatura, vigilância dos fatores de risco, monitorização do uso de antibióticos e relatórios de microbiologia (WHO, 2009).

Em Portugal a vigilância epidemiológica dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes e de maior risco é obrigatório - **IB**. Esta tem sido feita através do programa de vigilância europeu do *Hospitals in Europe Link For Infection Control Surveillance System* - HELICS (versão portuguesa) que agora tomou o nome de IH-ILC (DGS1, 2013). Com este programa são abordadas a taxa de infeção, taxa de complicações cirúrgicas tipo “*never event*”/eventos inadmissíveis e os indicadores de resultado da ILC em cirurgia padrão selecionada: Cirurgia geral (colon e colecistectomia, hérnia parede abdominal); Ortopedia (prótese de anca e joelho); Ginecologia (histerectomia); Obstetrícia (cesarianas); Neurocirurgia (laminectomia); Urologia (prostatectomia) e Oftalmologia (catarata), (DGS3, 2013).

CONCLUSÃO:

A ILC é uma infecção que ocorre no local da intervenção operatória (na região superficial, tecido subcutâneo, fáscia, músculos, cavidades corporais e órgãos) que ocorre no período dos 30 dias após a cirurgia ou 90 dias quando há colocação de prótese, tendo sido apontada como uma das infecções mais frequentes associada aos cuidados de saúde a nível mundial.

A prevenção da ILC tem sido uma prioridade para diversas instituições de saúde internacionais de referência, das quais destacamos o CDC e o ECDC, procurando práticas sistemáticas implementadas por todos os profissionais de saúde que promovam a redução da infecção, a diminuição das resistências aos antimicrobianos, a segurança do utente e dos profissionais, a diminuição dos custos associados aos cuidados de saúde, tendo sempre por base conhecimentos baseados na evidência científica e nas boas práticas de controlo de infecção. Estas intervenções devem ser uma preocupação durante todos os períodos operatórios (pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório), sendo vital a formação e atualização contínua dos profissionais neste âmbito.

No que concerne ao período pós-operatório as medidas a implementar baseiam-se na adequada realização do penso cirúrgico utilizando a técnica asséptica, o ensino ao utente sobre prevenção e verificação de sinais de infecção, manutenção da normotermia e normoglicémia, administração de oxigenoterapia, monitorização hemodinâmica adequada e correção das alterações hemodinâmica, alimentação variada e rica em proteínas e vitaminas e na vigilância epidemiológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ACSS - **Manual de normas de enfermagem: procedimentos técnicos**. 2ªed., Lisboa, 2011. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet:

http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf

AFONSO, Cristina e outros - **Prevenção e Tratamento de Feridas: da Evidência à Prática**. HARTMANN Portugal, 1ª Ed, Novembro 2014. ISBN 978-989-20-5133-8

ANDERSON, DEVERICK J. - **Prevention of Surgical Site Infection: beyond SCIP**. AORN Journal

February 2014 Vol 99 No 2 p. 312-319 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=60&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>

CDC 1 – **Frequently asked questions** -2010, [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ssi/SSI_tagged.pdf

CDC 2 – **Surgical Site Infection (SSI) Event**. January 2015 [Acedido a 7 de Janeiro de 2015]. Disponível na Internet: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSICurrent.pdf>

DANE, K. - **Neuropathy and Poorly Controlled Diabetes Increase the Rate of Surgical Site Infection After Foot and Ankle Surgery**. 2014 THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY p.832-839. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>

DEPARTMENT OF HEALTH - **High Impact Intervention No 4: Care bundle to prevent surgical site infection** – UK, 2007. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet:

<http://www.cmccn.nhs.uk/files/7614/1381/8478/high-impact-intervention-no4.pdf>

DGS 2010 – **Circular Normativa 16: “Cirurgia segura salva vidas”**. 16 de Junho de 2010, Lisboa. [Acedido a 12 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFJAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fcirculares%2Fcirculares-normativas%2Fqualidade-clinica-e-organizacional--cirurgia-segura-salva-vidas-pdf.aspx>

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFJAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fcirculares%2Fcirculares-normativas%2Fqualidade-clinica-e-organizacional--cirurgia-segura-salva-vidas-pdf.aspx>

42063,d.d2s&cad=rja

DGS 1 (2013) – **Norma 024/2013: Prevenção da infeção do local cirúrgico**. 23 de Dezembro de 2013, Lisboa. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet:http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0242013-de-23122013pdf.aspx&ei=lilEVMe_CtHjapqYguAG&usg=AFQjCNGhUZyN-flnaasgGjqy4tPN5dtDIQ&bvm=bv.80642063,d.d2s&cad=rja

DGS 2 (2013) – **Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo de Infeção**. 29 de Dezembro de 2013, Lisboa. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>

DGS 3 (2013) – **Circular Normativa 2/2013 : “Cirurgia segura salva vidas”**. 12 de Fevereiro de 2013, Lisboa. [Acedido a 27 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQqFjAB&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fnormas-orientacoes-e-informacoes%2Fnorma-22013-atualizada-pdf.aspx&ei=tm6EVPn_lozZavPXgYAL&usg=AFQjCNFPMTQrsN9-T5XpwC51REj5oqcjvQ&bvm=bv.80642063,d.d2s&cad=rja

DGS – **Norma 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus resistente à metilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados**. 9 de Dezembro de 2014. [Acedido a 10 de Janeiro de 2015]. Disponível na Internet: https://www.google.pt/search?q=Norma+n%C2%BA+018%2F2014+DGS+de+09%2F12%2F2014&oq=Norma+n%C2%BA+018%2F2014+DGS+de+09%2F12%2F2014&aqs=chrome..69i57.517j0j4&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8#

DUMVILLE, J. C. e outros - **Dressings for the prevention of surgical site infection (Review)**. 2014 The Cochrane Librar. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>

ESTRADA, Helena e outros - **Prevenção da infeção**. In: MARTINS, Alfredo e outros – Manual do curso: Sépsis e infeção grave para médicos. Porto: Editora Reanima Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 1ªed., Outubro 2011, p.255-266

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – **Surveillance of surgical site infections in European hospitals – HAISSI protocol**. Stockholm 2012 [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120215_TED_SSI_protocol.pdf

GOULD, D. - **Causes, prevention and management of surgical site infection**. February 2012, Nursing Standard. P.47-56. [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=420>

HARRINGTON, P. - **Prevention of surgical site infection**. Nursing Standard. March 2014 p.50-58 ; [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=56&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>

MAZAKI, Takero - **A randomized trial of antibiotic prophylaxis for the prevention of surgical site infection after open mesh-plug hernia repair**. The American Journal of Surgery (2014) nº 207, p 476-484. [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=59&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>

MS – **Recomendações para prevenção da infeção do local cirúrgico**. 2004. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.anes.pt/files/documents/default/490160150.pdf>

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH - **Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection**. London, October 2008 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21698848>.

NICE – National institute for health and care excellence – **Surgical site infection** – October 2013 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.nice.org.uk/guidance/qs49/resources/guidance-surgical-site-infection-pdf>

ORDEM DOS MÉDICOS – **Norma 031/2013: Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto**. 18 de Dezembro de 2014 [Acedido a 10 de Janeiro de 2015] <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>

SHAFFER, VIRGINIA OLIVA - **Improving Quality of Surgical Care and Outcomes: Factors**

Impacting Surgical Site Infection after Colorectal Resection - THE AMERICAN SURGE, 2014, p.759-763 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>

SPRUCE, Lisa - **Back to Basics: Preventing Surgical Site Infections** - AORN Journal 2014 Vol. 99 N°5 p.601-608 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=61&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>

TAI, Yee e outros - **Nasal carriage of Staphylococcus aureus in patients undergoing Mohs micrographic surgery is an important risk factor for postoperative surgical site infection: A prospective randomised study.** Australasian Journal of Dermatology p 109-114. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=52&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>

WHO – **Safe Surgery Saves Lives Second Global Patient Safety Challenge.** 2008, Switzerland. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf

WHO – **WHO Guidelines for Safe Surgery 2009.** 2009, Switzerland. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>

6.16. APÊNDICE XVI - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO
DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Título: Prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós-operatório

Data: 17/12/2014

Local: Sala de coordenação de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos

Público-alvo: Enfermeiros

Duração total: 10 -15 minutos

Objetivos da formação: Compreender os conceitos envolvidos na infeção do local cirúrgico. Refletir sobre as medidas que contribuem para a prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós-operatório no cliente cirúrgico.

Material: Sala de coordenação de enfermagem, computador

Formador: Filipa Verde

Plano da sessão:

1	1 minuto	Apresentação do tema da sessão formativa.	
2	1 minuto	Apresentação dos objetivos da sessão de formação.	
3	10 minutos	Apresentação teórica da temática:	<ul style="list-style-type: none"> • Dados quantitativos sobre a infeção do local cirúrgico e suas consequências • Definição e fatores de risco de infeção do local cirúrgico • Classificação das feridas cirúrgicas • Principais medidas preconizadas para limitar o risco de infeção do local cirúrgico • Intervenções no período pós-operatório <ul style="list-style-type: none"> - limpeza da ferida cirúrgica e execução do penso - normotermia - controlo da glicémia - administração de oxigénio - alimentação adequada - monitorização hemodinâmica - vigilância epidemiológica - ensino ao cliente
4	3 minutos	Reflexão final	Reflexão dos participantes sobre as práticas na prevenção da infeção do local cirúrgico. Esclarecimento de dúvidas.

6.17. APÊNDICE XVII - APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Prevenção da Infecção do local cirúrgico no período pós-operatório



Enf.ª Filipa Verde

Estudante do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Apresentação realizada na Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivo:

Compreender os conceitos envolvidos na infecção do local cirúrgico.

Refletir sobre as medidas que contribuem para a prevenção da infecção do local cirúrgico no período pós-operatório no cliente cirúrgico.



Infeção do local cirúrgico

Conjuntamente com a pneumonia, a infeção urinária e a infeção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central é uma das infeções nosocomiais mais frequentes.

A nível mundial a ILC representou 37% das infeções nosocomiais em doentes cirúrgicos, levando ao aumento do tempo médio de internamento em 4 a 7 dias, elevados custos, alta morbilidade e mortalidade.



Os doentes infetados têm duas vezes maior probabilidade de morrer, duas vezes maior propensão de permanecer durante mais tempo nas unidades de cuidados intensivos e cinco vezes maior probabilidade de ser readmitidos após alta.

Num estudo publicado em 2004 sobre as taxas de prevalência de ILC na União Europeia 27–40% das infeções eram causadas por *S. aureus*, 6–11% por bactérias coagulase-negativa e estafilococos, 3–15% por *E. coli* e 7–10% por *Pseudomonas*.



Infeção do local cirúrgico

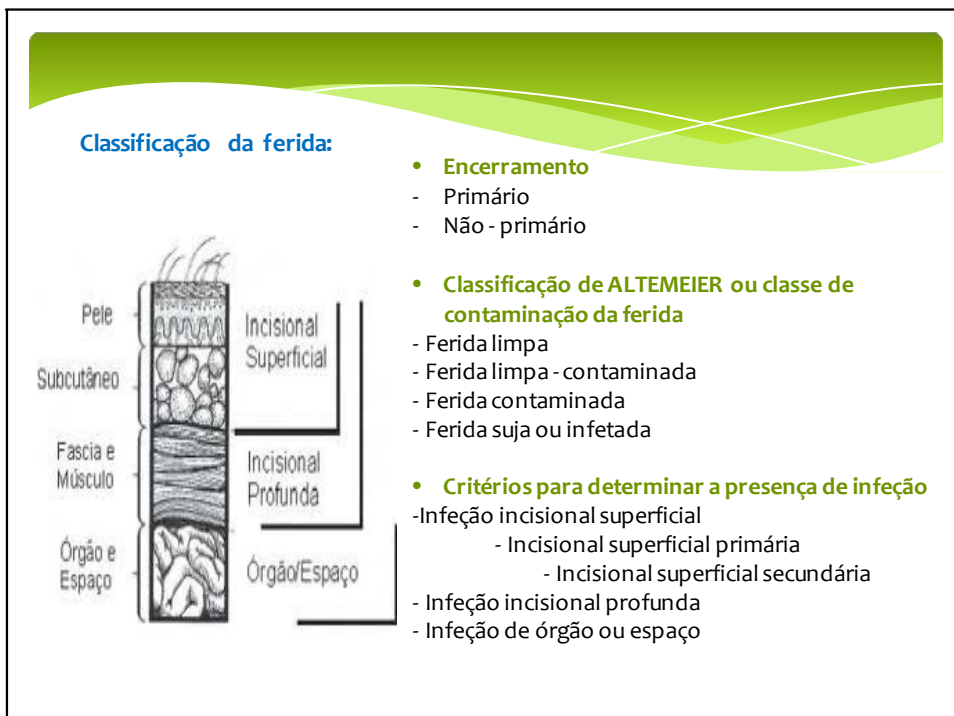
A prevalência da ILC tem sido utilizada como um fator de qualidade dos cirurgiões e dos hospitais.

Em Portugal, no ano de 2012, foi realizado um inquérito de prevalência que abrangeu 103 hospitais, neste estudo, a infeção do local cirúrgico representou 18% das infeções nosocomiais, tendo sido o tipo de infeção mais frequente nos serviços de Cirurgia.

Definição de ILC

A infeção que ocorre no local da intervenção cirúrgica, caracterizada por aparecimento de edema, rubor, dor, exsudado purulento, descência da sutura e temperatura corporal acima de 38°C nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou 90 dias após cirurgia com colocação de prótese.





Principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC

- Formação e aquisição de competências .
- Informação aos utentes.
- Avaliação completa de todos os utentes cirúrgicos no período pré-operatório (balanço hidroelectrolítico, correção da hemoglobina, balanço azoto e proteico).
- Redução da hospitalização pré-operatória.



Principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC

- Avaliação e tratamento das infeções remotas (descontaminação nasal dos utentes colonizados com estafilococos aureus com mupirucina).
- Redução do peso nos obesos.
- Cessação tabágica.



Principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC

- Controlo da hiperglicemia.
 - Restabelecimento das defesas do hospedeiro.
 - Diminuição da contaminação por bactérias endógenas e duche antiséptico.
 - Aplicação de uma *check-list* de controlo.
- Remoção dos pelos sem abrasão quando estes interferem com a cirurgia (até 2 horas antes da incisão).



Principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC

- Antibióticos nos 60 minutos antes da incisão cirúrgica de acordo com o local cirúrgico e padrões de suscetibilidade e interrupção da antibioterapia no final da cirurgia ou no máximo até às 24h (exceto cirurgia cardíaca).
- O antibiótico deve ser repetido se houver prolongamento do período cirúrgico superior a 2 horas ou se houver perda excessiva de sangue.
- Criteriosa lavagem das mãos e antebraços da equipa cirúrgica (devem ser esfregados durante 2 -5 minutos), cumprimento dos 5 momentos de higienização das mãos por parte de todos os elementos da equipa de saúde.



Principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC

- Utilização de vestuário cirúrgico e campos impermeáveis adequadamente.
- Confirmação da assepsia e antisepsia da pele e dos instrumentos.
- Evitar contaminação do ar ambiente do bloco operatório.
- Descontaminação adequada das superfícies do bloco operatório.
- Manutenção da técnica cirúrgica meticulosa (minimização do traumatismo tecidual, perda de sangue excessiva, entrada em víscera oca, tecidos desvitalizados, drenagem cirúrgica, erradicação do espaço morto).



Principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC

- Manutenção da normotemia durante e após a cirurgia (exceto cirurgias que exijam temperaturas baixas ou utentes com temperatura elevada antes da cirurgia).
- Administração do oxigénio durante toda a cirurgia e pelo menos nas 2 horas de pós-operatório imediato.
- Redução do tempo operatório.
- Redução do tempo de internamento pós-operatório.
- Vigilância eficaz da ferida.



Intervenções no período pós-operatório

- **Limpeza da ferida cirúrgica e execução do penso**

De acordo com os estudos o fator pós-operatório mais importante na prevenção da ILC é o penso e a técnica utilizada na execução do mesmo.

- **Função do penso:**

- hemóstase,
- proteger a entrada de microrganismos para a ferida,
- fomentar a cicatrização da ferida cirúrgica,
- absorver e conter exsudados,
- promover isolamento térmico,
- ser impermeabilidade à água,
- utilizar material adequado a diferentes tipos de pele e diferentes materiais de encerramento como suturas e agrafos,
- não ser traumático na sua remoção,
- não deve provocar dor ao utente,
- deve promover o alívio da dor e ser confortável.



- **Limpeza da ferida cirúrgica e execução do penso**

Técnica asséptica (*non-touch*), com recurso à utilização de máscara quando indicado.

Antes e após as mudanças de penso, ou de qualquer contacto com o local da incisão deve proceder à higienização das mãos.



Limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada com uma solução salina isotónica entre 28 a 37°C (soluções frias podem retardar em 4 horas o processo de cicatrização).

Nas incisões encerradas primariamente, o penso estéril deve permanecer durante as primeiras 48 horas (não é consensual o banho sem penso após as 48h).

Nas feridas abertas não está aconselhado esfregar uma compressa no leito da ferida, neste caso está aconselhada a irrigação com pressão suficiente apenas para remover os detritos da ferida

Classificação do penso	Tipo de encerramento	Indicações
Penso de algodão e gaze	Primária e ocasionalmente secundárias	Absorção adicional sobre outro penso primário ou uma camada de contacto com a ferida de baixa aderência.
Alginatos	Secundária	Absorvente, mantém a ferida húmida e remove os detritos celulares e o exsudado da superfície da ferida.
Filmes semipermeáveis (com absorvente central ou não)	Primário	São permeáveis ao vapor de água e oxigénio, mas são impermeáveis à água e bactérias. Facilitam o ambiente de cicatrização e providenciam uma barreira bacteriana, protegem o local de incisão.
Poliuretanos	Secundária ocasionalmente primária	É composto por duas camadas de hidrocólide e um filme impermeável à entrada bacteriana. Facilita o ambiente de cicatrização, minimiza o risco de trauma da superfície da ferida e minimiza a troca de penso.
Hidrogel	Secundário	Reidratação dos tecidos e desbridamento.

Hidrocólides	Primário	Extrafino – pensos oclusivos compostos por uma matriz de hidrocólide com base de filme ou espuma; absorvem o exsudado da ferida liquefazendo-se, facilita o ambiente de cicatrização e protege a incisão.
	Secundário	Placas fibrosas – compostos por carboximetilcelulose que ao ficar em contacto com o exsudado se torna em gel sendo absorvente, mantém a superfície da ferida.
Pensos de baixa adesão à ferida (parafinados, com iodopovidona ou clorhexidina)	Secundário	Minimizam o risco de trauma e adesão ao leito da ferida, diminuição da dor do utente no ato da troca do penso.
Combinação de pensos	Secundário	Vai depender do penso escolhido, considerando principalmente a gestão de sintomas específicos associados com a infeção, tais como a produção de excesso de exsudado, dor, odor associado à ferida.
Pensos antimicrobianos (cadómero de iodo, polihexametileno de biguanida e prata)	Secundárias	Limpeza de feridas, preparação do leito da ferida, estimula e influencia as células específicas envolvidas com o sistema imune e a gestão de infeção de ferida cirúrgica em conjunto com a adequada terapia sistémica.
Irrigação com iodopovidona e clorhexidina	Secundária	Prevenção e gestão do tratamento da ferida cirúrgica em conjunto com terapêutica sistémica.

Normotermia

Manter a temperatura entre 36°- 37°C durante a cirurgia e no pós-operatório imediato; excetuando-se nos utentes com cirurgia que exigia temperaturas corporais mais baixas (por exemplo cirurgia cardíaca) e os utentes com temperaturas elevadas antes da cirurgia.

Num estudo realizado com utentes submetidos a resseção coloretal verificou-se que por cada 10 minutos que os utentes eram expostos a temperatura inferior a 36° tinham risco aumentado de 2% de desenvolver ILC (SHAFFER, 2014).



Controlo da glicémia

Os doentes com diabetes têm risco aumentado de desenvolver infeção.

Na fase anabólica da resposta ao stress, recomenda-se particular vigilância da glicémia (valores glicémicos inferiores a 200mg/dl de manhã nas 48h após a cirurgia) pelo risco de hiperglicémia associada à insulinoresistência, da capacidade respiratória alterada, pelo aumento de produção de dióxido de carbono e da esteatose hepática, por risco de hipercortisolémia.

Estudos demonstraram que em doentes submetidos a cirurgia cardíaca as taxas de ILC são duas a três vezes superiores às dos utentes sem diabetes.



Controlo da glicémia

Os clientes obesos requerem particular atenção, uma vez que o tecido adiposo é pouco vascularizado e a obesidade está associada à insulinoresistência.

Um estudo publicado recentemente conduziu que independentemente do estágio da diabetes dos utentes, por cada 10mg/dl que a glicémia se elevava aumentava em 6% o risco de vir a desenvolver uma ILC (SHAFFER, 2014).

Outro estudo demonstrou que a existência de complicações na diabetes como a neuropatia aumentava o risco de ILC nos doentes submetidos a cirurgia do pé e da articulação tibiotársica (Dane, 2014). Este mesmo estudo demonstrou ainda que os utentes com HgA_{1c} maior ou igual a 8% aumenta em 2,7 a probabilidade de vir a ter ILC.



Administração do oxigénio

O oxigénio é necessário para a adequada cicatrização da ferida cirúrgica e funcionamento das células da linha branca do sangue. O tecido que sofre hipoxia é um conhecido fator de risco para a infeção da ferida e descênia.

Aconselha-se a administração de oxigénio inspirado de alta fração (80%) durante a cirurgia e suplementação de oxigénio após cirurgia.

A administração de oxigénio está indicada durante toda a cirurgia e pelo menos nas 2 horas de pós-operatório imediato com o objetivo de manter saturações acima de 95%.



Alimentação adequada:

A nutrição tem um papel crucial na cicatrização da ferida cirúrgica e na defesa do organismo contra as infecções.

As proteínas ajudam a reparar o tecido danificado e a aumentar a resistência à tração da ferida.

As vitaminas A, C e E e o selênio atuam na remoção do tecido necrosado e inativam as bactérias que sucedem na fase inflamatória da cicatrização da ferida.

A vitamina C aumenta a criação de colagénio na pele que é responsável pela neoformação de vasos sanguíneos, e ajuda na absorção de ferro. O zinco ajuda a corpo sintetizar proteínas e desenvolver colagénio.



Monitorização hemodinâmica

Estudos referem que a vigilância hemodinâmica, manutenção hemodinâmica e controle hemodinâmico associados a terapia hemodinâmica dirigida baseada na adequada titulação de drogas, fluidos e inotrópicos infundidos parece reduzir o risco de ILC (SPRUCE, 2014 citando DALFINO 2011 e outros).



Vigilância epidemiológica:

A vigilância epidemiológica é transversal a todas as fases do período operatório. Esta tem por objetivo manter a recolha de dados precisa, eficiente e confidencial, fomentando dados sobre as taxas de risco de infeção final estratificadas, multivariadas, por cada cirurgião e utente .

A vigilância epidemiológica é composta por métodos que incluem a revisão de processos, revisão de medicação, vigilância laboratorial, tratamento e vigilância do gráfico de temperatura, vigilância dos fatores de risco, monitorização do uso de antibióticos e relatórios de microbiologia.

Em Portugal a vigilância epidemiológica dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes e de maior risco é obrigatório com o programa IH-ILC.



Ensino ao cliente

No período pós-operatório evidencia-se o ensino ao cliente e à família sobre os cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infeção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta).

Neste período é estabelecida ainda uma cultura de coresponsabilidade com o cliente e a família na prevenção da infeção, solicitando-se ao utente que verifique se tanto os profissionais de saúde como os familiares higienizam as suas mãos quando contactam com ele, evitando que os familiares toquem no penso e na ferida cirúrgica.

Conclusão:

O sucesso da prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas e da sistematização/aplicação de procedimentos por parte dos profissionais de saúde.

"Coming together is a beginning. Keeping together is progress. Working together is success."



Henry Ford

Referências bibliográficas:

- ACSS - Manual de normas de enfermagem: procedimentos técnicos. 2ªed., Lisboa, 2011. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
- AFONSO, Cristina e outros - Prevenção e Tratamento de Feridas: da Evidência à Prática. HARTMANN Portugal, 1ª Ed, Novembro 2014. ISBN 978-989-20-533-8
- ANDERSON, DEVERICK J. - Prevention of Surgical Site Infection: beyond SCIP. AORN Journal February 2014 Vol 99 No 2 p. 312-319 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=60&sid=2f7e5aee-2d33-491e-a576-4c9b28db656%40sessionmgr400&hid=4207>
- CDC 1 - Frequently asked questions -2010, [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.cdc.gov/HAI/pdf/ssis/SSI_tagged.pdf
- CDC 2 - Surgical Site Infection (SSI) Event. January 2014 [Acedido a 17 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSICurrent.pdf>
- DANE, K. - Neuropathy and Poorly Controlled Diabetes Increase the Rate of Surgical Site Infection After Foot and Ankle Surgery. 2014 THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY p.832-839. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>

- DEPARTMENT OF HEALTH - High Impact Intervention No 4: Care bundle to prevent surgical site infection - UK, 2007. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.cmccn.nhs.uk/files/7614/1381/8478/high-impact-intervention-no4.pdf>
- DGS 1 (2010) - Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. 2010 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.google.com/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fficheiros-de-upload%2Forientacoes-da-oms-par-a-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx&ei=6IWEVNuC9PUarfeig&usq=AFQjCNHcj5JwmyqgsxHW7vLGrGVixQ-VfA&bvm=bv.80642063,d.dzs&cad=rja>
- DGS 2 (2010) - Circular Normativa 16: "Cirurgia segura salva vidas". 16 de Junho de 2010, Lisboa. [Acedido a 12 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <https://www.google.com/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fcirculares%2Fcirculares-normativas%2Fqualidade-clinica-e-organizacional-cirurgia-segura-salva-vidas-pdf.aspx&ei=VniKEVJGIB4uxacDsgvN&usq=AFQjCNHkxTLpt7f8P9qohnyH6W017qGnsQ&bvm=bv.80642063,d.dzs&cad=rja>
- DGS 1 (2013) - Norma 024/2013: Prevenção da infeção do local cirúrgico. 23 de Dezembro de 2013, Lisboa. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.google.pt/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-024-2013-de-23122013pdf.aspx&ei=liIEVMe_CtHJapqYguAG&usq=AFQjCNHcUZYn-fInaasGjQy4tPN5dtDIQ&bvm=bv.80642063,d.dzs&cad=rja
- DGS 2 (2013) - Norma 029/2013: Precauções Básicas do Controlo de Infeção. 29 de Dezembro de 2013, Lisboa. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-029-2013-de-28122013-png.aspx>

DGS 3 (2013) – Circular Normativa 2/2013 : “Cirurgia segura salva vidas”. 12 de Fevereiro de 2013, Lisboa. [Acedido a 27 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQfjAB&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fnormas-orientacoes-e-informacoes%2Fnorma-22013-atualizada-pdf.aspx&ei=tm6EVPn_lozZavPXgYAL&usq=AFQjCNFPMtQrsN9-T5XpwCs1REj5oqcvQ&bvm=bv.80642063,d.d2s&cad=rja

DUMVILLE, J. C. e outros - Dressings for the prevention of surgical site infection (Review). 2014 The Cochrane Librar. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?Mid=26&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>

ESTRADA, Helena e outros - Prevenção da infeção. In: MARTINS, Alfredo e outros – Manual do curso: Sepsis e infeção grave para médicos. Porto: Editora Reanima Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 1ªed., Outubro 2011, p.255-266

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – Surveillance of surgical site infections in European hospitals – HAISSI protocol. Stockholm 2012 [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120215_TED_SSI_protocol.pdf

GOULD, D. - Causes, prevention and management of surgical site infection. February 2012, Nursing Standard. P.47-56. [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?Mid=27&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>

HARRINGTON, P. - Prevention of surgical site infection. Nursing Standard. March 2014 p.50- 58; [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?Mid=56&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>

MAZAKI, Takero - A randomized trial of antibiotic prophylaxis for the prevention of surgical site infection after open mesh-plug hernia repair. The American Journal of Surgery (2014) n° 207, p 476-484. [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?Mid=59&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>

MS – Recomendações para prevenção da infeção do local cirúrgico. 2004. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.anes.pt/files/documents/default/49060150.pdf>

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH - Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection. London, October 2008 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21698848>.

NICE – National institute for health and care excellence – Surgical site Infection – October 2013 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.nice.org.uk/guidance/qs49/resources/guidance-surgical-site-infection-pdf>

SHAFER, VIRGINIA OLIVA - Improving Quality of Surgical Care and Outcomes: Factors Impacting Surgical Site Infection after Colorectal Resection - THE AMERICAN SURGE, 2014, p.759-763 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?Mid=24&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>

SPRUCE, Lisa - Back to Basics: Preventing Surgical Site Infections - AORN Journal 2014 Vol. 99 N°5 p.601-608 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?Mid=61&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>

TAI, Yee e outros - Nasal carriage of Staphylococcus aureus in patients undergoing Mohs micrographic surgery is an important risk factor for postoperative surgical site infection: A prospective randomised study. Australasian Journal of Dermatology p 109-114. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?Mid=52&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>

WHO – Safe Surgery Saves Lives Second Global Patient Safety Challenge. 2008, Switzerland, [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf

6.18. APÊNDICE XVIII - FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DA
INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL
CIRÚRGICO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Com vista a conhecer o seu grau de satisfação em relação à formação “Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico no Período Pós-operatório”, gostaríamos que preenchesse esta ficha de avaliação.

Na sua avaliação utilize a seguinte escala de satisfação:

1 – muito pouco	2 – pouco	3 – razoavelmente	4 - muito	5 – excelente
-----------------	-----------	-------------------	-----------	---------------

	1	2	3	4	5
Considera que o tema da prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós-operatório é importante na dinâmica de cuidados prestados pela equipa de profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos?					
Considera que esta formação correspondeu às suas expetativas, tendo sido útil?					
A formadora demonstrou o adequado conhecimento para apresentar esta formação?					
A apresentação da temática da prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós-operatório foi feita com clareza?					
A apresentação foi feita de forma organizada e compreensível?					
A formadora soube sensibilizar os participantes para a prevenção da infeção do local cirúrgico no período pós-operatório como forma de melhoria dos cuidados prestados?					
A formação foi feita de forma dinâmica, permitindo a participação dos participantes?					
Os meios utilizados foram os mais adequados?					
O objetivo desta formação foi alcançado?					
Qual a avaliação global que faz desta formação?					

Sugestões de melhoria:

Muito obrigada pela sua participação!

6.19. APÊNDICE XIX - INTERVENÇÕES PRECONIZADAS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO
DO LOCAL CIRÚRGICO – ARTIGO

Intervenções preconizadas na prevenção da infecção do local cirúrgico

Recommended Interventions for the prevention of surgical site infection

RESUMO

A infecção do local cirúrgico (ILC) é uma das infecções mais prevalentes associadas aos cuidados de saúde pelo que tem sido uma preocupação de instituições de saúde emanar normas e diretrizes preventivas baseadas em estudos de investigação. Conhecer e aplicar estas medidas deve ser uma preocupação constante de todos os profissionais de saúde nos diversos períodos operatórios, estando estes cientes que esta atuação é multifatorial e que carece da colaboração de todos os intervenientes no processo de saúde.

PALAVRAS – CHAVE: infecção do local cirúrgico, prevenção, intervenções, cirurgia

ABSTRACT

Surgical site Infection (SSI) is one of the most prevalent health care-associated infections therefore it has been a concern of health institutions to give norms and preventive guidelines based on research studies. Know and apply these preventive measures should be a constant concern of all healthcare professionals in the various operative periods, and these are aware that this action is multifactorial and needs the collaboration of all stakeholders in the healthcare process.

KEY - WORDS: surgical site infection, prevention, intervention, surgery

INTRODUÇÃO

A infecção que ocorre no local da intervenção cirúrgica é conhecida como infecção do local cirúrgico – ILC ⁽²⁷⁾, caracteriza-se por aparecimento de edema, rubor, dor, exsudado purulento, descência da sutura e temperatura corporal acima de 38°C nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou nos 90 dias após cirurgia com colocação de próteses ^(5,16). A ILC representa uma das complicações mais comuns das cirurgias e tem sido utilizada como um fator de qualidade dos cirurgiões e dos hospitais ^(26, 27).



De acordo com a Direção Geral de Saúde a ILC é conjuntamente com a pneumonia, a infecção urinária e a infecção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, uma das infecções nosocomiais mais frequentes ⁹.

A nível mundial a ILC representou 37% das infecções nosocomiais em doentes cirúrgicos, levando ao aumento do tempo médio de internamento em 4 a 7 dias, permanência prolongada nas unidades de cuidados intensivos, elevados custos, readmissões hospitalares, alta morbidade e mortalidade ^(9, 14, 26).

Em Portugal, no ano de 2012, foi realizado um inquérito de prevalência que abrangeu 103 hospitais, neste estudo, **a ILC representou 18% das infecções nosocomiais, tendo sido o tipo de infecção mais frequente nos serviços de Cirurgia** ⁹.

Com o intuito de diminuir das taxas de ILC, a resistência aos antimicrobianos, aumentar a segurança do utente e dos profissionais de saúde têm sido emanadas normas por instituições internacionais dos quais destacamos a Organização Mundial de Saúde o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* e o *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* e implementadas diversas medidas de prevenção da ILC.

Neste artigo realizaremos uma revisão integrativa da literatura, que congregue as recomendações internacionais e a pesquisa realizada na base de dados EBSCO Host com os termos “*surgical site infections*” e “*prevention*”, buscando dar resposta à questão de investigação “Quais as intervenções que visam a prevenção da infecção do local cirúrgico?”.

INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Para perceber o conceito de infecção do local cirúrgico é fundamental compreender alguns conceitos envolvidos nesta problemática; deste modo, iremos inicialmente analisar o conceito de procedimento cirúrgico e de infecção.

O procedimento cirúrgico define-se como a incisão, excisão ou manipulação de tecido que requer anestesia local ou geral, ou sedação profunda para o controlo da dor; estão excluídos os procedimentos invasivos que satisfaçam esta definição mas que sejam realizados em sala de procedimentos não adequada para operações mais invasivas; contudo se forem realizados em sala cirúrgica devem ser considerados ⁽²⁶⁾. O procedimento cirúrgico pode ainda ser uma revisão que é uma nova intervenção ao nível do mesmo local na sequência de uma complicação (hemorragia, disfunção, infeção) da intervenção inicial. Se a revisão for efetuada depois dos 30 dias (ou 90 dias, no caso de próteses) deve ser considerada como uma nova intervenção salvo se for devida a uma infeção.

No que concerne ao conceito de infeção, esta consiste na transmissão de microrganismos para um hospedeiro suscetível após invasão ou suplantação dos seus mecanismos de defesa, resultando este processo na multiplicação microbiana e invasão dos tecidos do hospedeiro, manifestando-se em sinais e sintomas ou pode mesmo ser subclínica ¹⁰.

No que diz respeito à ferida cirúrgica as infeções advêm de procedimentos invasivos nas camadas superficiais ou profundas da incisão ou do órgão/espaco que foi manipulado ou traumatizado, ocorrendo a contaminação bacteriana da ferida cirúrgica principalmente durante o procedimento cirúrgico; sendo que dois terços das ILC são incisionais e um terço confinado ao órgão ou espaço ⁽²⁶⁾. Já os fungos de fontes endógenas e exógenas raramente causam ILC, contudo, o número de infeções associadas a fungos tem vindo a aumentar devido ao aumento dos utentes imunodeprimidos.

Num estudo publicado em 2004 sobre as taxas de prevalência de ILC na União Europeia 27–40% das infeções eram causadas por *S. aureus*, 6–11% por bactérias coagulase-negativa e estafilococos, 3–15% por *E. coli* e 7–10% por *Pseudomonas*.

Sabe-se também que as bactérias que são parte integrante da flora da pele do utente intervencionado e que mesmo após a preparação cutânea profunda realizada por rotina antes da cirurgia não são totalmente eliminadas. Para além disso, inúmeras bactérias que colonizam estruturas corporais como o intestino, podem contaminar o local cirúrgico. Contudo há que salientar que, nem todas as contaminações do local cirúrgico dão lugar a ILC devido à intervenção do sistema imunitário da pessoa, da antibioterapia profilática e das medidas implementadas no período pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório, o que é traduzido na seguinte fórmula:

Inoculo de bactérias + virulência da bactéria + efeitos adjuvantes = Risco de ILC

Defesa inata e adaptativa – suscetibilidades agudas e crónicas

Desta forma, compreende-se que a contaminação da ferida cirúrgica pode dar-se por via exógena ou endógena ¹⁷.

Na via exógena a infecção é causada por bactérias estranhas à pessoa, vindas dos dispositivos médicos (instrumentos cirúrgicos, próteses e implantes), da equipa cirúrgica, das superfícies e do ar do bloco operatório. Estas bactérias são essencialmente aeróbias, especialmente Gram-positivos (por exemplo, estafilococos e estreptococos) ⁽²⁶⁾.

Já na via endógena, os microrganismos que infetam o local cirúrgico geralmente são provenientes do próprio utente ⁹. Estas bactérias podem estar presentes em pequeno número, mas encontram na ferida cirúrgica condições favoráveis para à sua multiplicação nomeadamente quando há hemorragia, isquémia ou modificação do potencial de oxirredução. Outras características que influenciam a probabilidade de desenvolver uma infecção são: a existência de tecido morto residual, suturas ou outros materiais estranhos e presença de drenos ⁽²⁶⁾. As bactérias endógenas são geralmente cocos Gram-positivos aeróbios (p.ex. estafilococos), mas podem incluir flora fecal nomeadamente bactérias anaeróbias e Gram-negativos aeróbios em incisões na região perineal e inguinal; e bacilos Gram negativos (por exemplo *Escherichia coli*), Gram – positivos (p.ex. enterococos) e por vezes anaeróbios (*Bacteroides fragilis*) na abordagem do um órgão do sistema gastrointestinal.

Verifica-se ainda que as bactérias causadoras de infecção da ferida cirúrgica contêm ou produzem toxinas e outras substâncias que aumentam a sua capacidade de sobrevivência no hospedeiro ou nos seus tecidos e capacidade de invadir ou danificar o hospedeiro. Destacamos neste caso as estirpes de clostridium e estreptococos que produzem exotoxinas que rompem as membranas celulares ou alteram o metabolismo celular. Outro fator, que atualmente se encontra ainda em estudo, é a produção de glicocálix nomeadamente pelas bactérias Gram-positivas que leva à criação de biofilmes; estes inibem a fagocitose e impede a penetração e ligação aos agentes antimicrobianos.

O risco de desenvolver infecção da ferida cirúrgica pode estar ainda relacionado com fatores associados ao utente e à própria cirurgia.

Nos fatores de risco associados ao utente podemos destacar a existência de colonização remota (nomeadamente *E. aureus* nas narinas), diabetes (glicémia acima de 200mg/dl), obesidade (índice de massa corporal superior a 30Kg/cm²), idade avançada, ser fumador (vasoconstrição e deficiente oxigenação dos tecidos que afeta a cicatrização), alcoolismo, hipotermia, choque, utentes com cancro especialmente aqueles que foram submetidos a radioterapia e quimioterapia, toma de terapêutica com esteróides e corticóides, o estado nutricional e imunitário e as transfusões (5 ou mais unidades de sangue perioperatória) ^(9, 15, 16, 18, 22).

Contudo a própria cirurgia pode ter riscos inerentes ao desenvolvimento de ILC, nomeadamente o tempo operatório prolongado mais que 2 horas, abordagem mais ou menos invasiva, tipo de cirurgia (por exemplo abdominal), a utilização de drenos. Destacamos particularmente as cirurgias com colocação de prótese, nas quais a presença de um corpo estranho (por exemplo, um enxerto vascular após cirurgia de *bypass* ou uma prótese articular

em cirurgia ortopédica) pode diminuir o número e patogenicidade dos microrganismos necessária para provocar uma ILC ^(15,16,19).

INTERVENÇÕES NA PREVENÇÃO DA ILC

As recomendações internacionais que visam a prevenção da ILC têm em vista a standardização das definições e critérios de diagnóstico utilizadas pelos profissionais de saúde, pretendem ainda fomentar a colheita de dados, o reporte da ILC pelos hospitais, promover a vigilância epidemiológica, abordar a patogenicidade associada à ILC, descrever fatores de risco, perceber as tendências e seguimento das ILC, implementar e avaliar as medidas preventivas, corrigir as práticas e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e permitir a translação de conhecimento e estabelecimento de redes de profissionais que se interessam por esta temática - *networking* ^(9,14).

Assim, **o sucesso da prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas comprovadas por estudos (principalmente randomizados) e da sistematização de procedimentos por parte dos profissionais de saúde** ^(3,9,25), das quais salientamos a implementação da *bundle* relativa à prevenção da ILC. A utilização de uma *bundle* (conjunto de normas/procedimentos consensualmente aceites e comprovadas) tem o intuito de reduzir o risco de infeção envolvendo todos os profissionais de saúde, sendo aplicada na generalidade dos utentes; o risco de infeção aumenta quando um dos elementos é excluído da aplicação da *bundle* ou não está instruído sobre as práticas da *bundle* ⁷

De seguida iremos apresentar uma compilação das principais medidas preconizadas para limitar o risco de ILC ^(1, 2, 3,4,7,8,9,10,11,12,13,17,19,20,21,23, 24, 26):

- ✓ Programas de formação e aquisição de competências em controlo e vigilância da infeção por parte dos profissionais de saúde (formação anual da equipa cirúrgica).
- ✓ Informação aos utentes (sobre a cirurgia, cuidados prestados pelos profissionais de saúde, cuidados no período pós regresso a casa, sinais de ILC e necessidade de os comunicar quer ainda no internamento, quer após a alta).
- ✓ Avaliação completa de todos os utentes cirúrgicos no período pré-operatório (balanço hidroelectrolítico, correção da hemoglobina, balanço azoto e proteico, etc).
- ✓ Redução da hospitalização pré-operatória.
- ✓ Avaliação e tratamento das infeções remotas, nomeadamente descontaminação nasal dos utentes colonizados com *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina com mupirocina 2% pomada nasal (três aplicações diárias em ambas as narinas) e banho com clorhexidina, deve também ser ponderada a utilização de vancomicina sistémica.
- ✓ Redução do peso nos obesos.

✓ Cessação tabágica no mínimo 30 dias antes da cirurgia.

✓ Controlo da hiperglicemia antes e nas 48 horas após cirurgia, mantendo valores glicémicos inferiores a 200mg/dl de manhã.

✓ Restabelecimento das defesas do hospedeiro.

✓ Diminuição da contaminação por bactérias endógenas e duche antisséptico antes da cirurgia.



✓ Para prevenção da contaminação com MRSA estão indicadas nas cirurgias eletivas pelo menos, dois banhos prévios à intervenção cirúrgica, com gluconato de clorohexidina a 2%: um na véspera da cirurgia e outro no dia da cirurgia (com, pelo menos, duas horas de antecedência).

✓ Na cirurgia do ambulatório, deve ser fornecido ao doente, na consulta prévia, esponja impregnada de gluconato de clorohexidrina a 2% para a realização de higiene pré-operatória no domicílio.

✓ Remoção dos pelos apenas quando estes interferem com a cirurgia, sem abrasão da pele utilizando máquina (2 horas antes da incisão).

✓ Aplicação de uma *check-list* de controlo.

✓ Escolha e gestão adequada da profilaxia com antibióticos de acordo com o local cirúrgico, padrões de suscetibilidade e a política de antibióticos do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos.

✓ No utente obeso com índice de massa corporal superior a 35, a dose de betalactâmicos é duplicada e na criança o cálculo da dose de antibiótico é feita de acordo com o peso exceto quando a dose exceda a dose padrão recomendada.

✓ O antibiótico deve ser administrado nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica (120 minutos no caso da vancomicina) e interrupção da antibioterapia no final da cirurgia ou no máximo até às 24h (exceto na cirurgia cardíaca).

✓ Em utentes com função renal normal, o antibiótico deve ser repetido cada duas vezes a sua semivida se houver prolongamento do período cirúrgico superior a 2 horas ou se houver perda de sangue superior a 1500ml.

✓ Criteriosa lavagem das mãos e antebraços da equipa cirúrgica (devem ser esfregados durante 2-5 minutos).

✓ Cumprimento dos 5 momentos de higienização das mãos por parte de todos os elementos da equipa de saúde.

✓ Utilização de vestuário cirúrgico e campos impermeáveis adequadamente.

✓ Confirmação da assepsia e antisepsia da pele e dos instrumentos.

✓ Evitar contaminação do ar ambiente do bloco operatório.

✓ Descontaminação adequada das superfícies do bloco operatório.

- ✓ Manutenção da técnica cirúrgica meticulosa (minimização do traumatismo tecidular, perda de sangue excessiva, entrada em víscera oca, tecidos desvitalizados, drenagem cirúrgica, erradicação do espaço morto).
- ✓ Os drenos devem ser colocados através de incisão separada, distante da ferida operatória, mantendo um sistema de drenagem de circuito fechado e devem ser removidos logo que possível.
- ✓ Manutenção da normotermia durante e após a cirurgia (exceto cirurgias que exijam temperaturas baixas ou utentes com temperatura elevada antes da cirurgia).
- ✓ Administração do oxigénio de alta fração (80%) durante toda a cirurgia e suplementação de oxigénio pelo menos nas 2 horas de pós-operatório imediato mantendo saturações acima de 95%.
- ✓ Redução do tempo operatório.
- ✓ Redução do tempo de internamento pós-operatório.
- ✓ Vigilância eficaz da ferida.
- ✓ Antes e após as mudanças de penso, ou de qualquer contacto com o local da incisão deve-se proceder à higienização das mãos.
- ✓ Realização do penso cirúrgico com técnica asséptica (*non-touch*), com recurso à utilização de máscara quando indicado.
- ✓ Nas incisões encerradas primariamente, o penso estéril deve permanecer durante as primeiras 48 horas exceto se o penso se encontrar molhado, repassado, descolado ou sujo.
- ✓ Realizar vigilância epidemiológica com o objetivo de manter a recolha de dados precisa, eficiente e confidencial, fornecendo dados sobre as taxas de risco de infeção final estratificadas, multivariadas, por cada cirurgião e utente.
- ✓ Registo da vigilância epidemiológica das cirurgias padrão no sistema IH-ILC (versão portuguesa).



CONCLUSÃO:

A ILC é uma infeção que ocorre no local da intervenção operatória (na região superficial, tecido subcutâneo, fáscia, músculos, cavidades corporais e órgãos) que ocorre no período dos 30 dias após a cirurgia ou 90 dias quando há colocação de prótese, tendo sido apontada como uma das infeções mais frequentes associada aos cuidados de saúde a nível mundial.

A prevenção da ILC tem sido uma prioridade para diversas instituições de saúde internacionais de referência, das quais destacamos o CDC e o ECDC, procurando práticas sistemáticas

implementadas por todos os profissionais de saúde que promovam a redução da infecção, a diminuição das resistências aos antimicrobianos, a segurança do utente e dos profissionais, a diminuição dos custos associados aos cuidados de saúde, tendo sempre por base conhecimentos baseados na evidência científica e nas boas práticas de controlo de infeção. Estas intervenções devem ser uma preocupação durante todos os períodos operatórios (pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório), sendo vital a formação e atualização contínua dos profissionais neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 ACSS - **Manual de normas de enfermagem: procedimentos técnicos**. 2ªed., Lisboa, 2011. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.acss.min-aude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
- 2 AFONSO, Cristina e outros - **Prevenção e Tratamento de Feridas: da Evidência à Prática**. HARTMANN Portugal, 1ª Ed, Novembro 2014. ISBN 978-989-20-5133-8
- 3 ANDERSON, DEVERICK J. - **Prevention of Surgical Site Infection: beyond SCIP**. AORN Journal
February 2014 Vol 99 No 2 p. 312-319 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=60&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>
- 4 CDC 1 – **Frequently asked questions** -2010, [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ssi/SSI_tagged.pdf
- 5 CDC 2 – **Surgical Site Infection (SSI) Event**. January 2015 [Acedido a 7 de Janeiro de 2015]. Disponível na Internet: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSICurrent.pdf>
- 6 DANE, K. - **Neuropathy and Poorly Controlled Diabetes Increase the Rate of Surgical Site Infection After Foot and Ankle Surgery**. 2014 THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY p.832-839. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>
- 7 DEPARTMENT OF HEALTH - **High Impact Intervention No 4: Care bundle to prevent surgical site infection** – UK, 2007. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.cmccn.nhs.uk/files/7614/1381/8478/high-impact-intervention-no4.pdf>
- 8 DGS – **Circular Normativa 16: “Cirurgia segura salva vidas”**. 16 de Junho de 2010, Lisboa. [Acedido a 12 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fcirculares%2Fcirculares-normativas%2Fqualidade-clinica-e-organizacional--cirurgia-segura-salva-vidas-pdf.aspx&ei=VnKEVJGIB4uxacDsgvgN&usg=AFQjCNHkxTLpt7f8P9qohnyH6W0i7qGNsQ&bvm=bv.80642063,d.d2s&cad=rja>
- 9 DGS 1 (2013) – **Norma 024/2013: Prevenção da infeção do local cirúrgico**. 23 de Dezembro de 2013, Lisboa. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares->

normativas%2Fnorma-n-0242013-de-
23122013pdf.aspx&ei=liiEVM_e_CtHjapqYguAG&usg=AFQjCNGhUZyN-
flnaasgGjyq4tPN5dtDIQ&bvm=bv.80642063,d.d2s&cad=rja

- 10 DGS 2 (2013) – **Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo de Infeção**. 29 de Dezembro de 2013, Lisboa. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- 11 DGS 3 (2013) – **Circular Normativa 2/2013 : “Cirurgia segura salva vidas”**. 12 de Fevereiro de 2013, Lisboa. [Acedido a 27 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fnormas-orientacoes-e-informacoes%2Fnorma-22013-atualizada-pdf.aspx&ei=tm6EVPn_lozZavPXgYAL&usg=AFQjCNFPMtQrsN9-T5XpwC51REj5oqcjvQ&bvm=bv.80642063,d.d2s&cad=rja
- 12 DGS – **Norma 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados**. 9 de Dezembro de 2014. [Acedido a 10 de Janeiro de 2015]. Disponível na Internet: https://www.google.pt/search?q=Norma+n%C2%BA+018%2F2014+DGS+de+09%2F12%2F2014&oq=Norma+n%C2%BA+018%2F2014+DGS+de+09%2F12%2F2014&aqs=chrome..69i57.517j0j4&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8#
- 13 ESTRADA, Helena e outros - **Prevenção da infeção**. In: MARTINS, Alfredo e outros – Manual do curso: Sépsis e infeção grave para médicos. Porto: Editora Reanima Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 1ªed., Outubro 2011, p.255-266
- 14 EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – **Surveillance of surgical site infections in European hospitals – HAISSEI protocol**. Stockholm 2012 [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120215_TED_SSI_protocol.pdf
- 15 GOULD, D. - **Causes, prevention and management of surgical site infection**. February 2012, Nursing Standard. P.47-56. [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=420>
- 16 HARRINGTON, P. - **Prevention of surgical site infection**. Nursing Standard. March 2014 p.50-58 ; [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=56&sid=2f7e5aae-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>
- 17 MAZAKI, Takero - **A randomized trial of antibiotic prophylaxis for the prevention of surgical site infection after open mesh-plug hernia repair**. The American Journal of

- Surgery (2014) nº 207, p 476-484. [Acedido a 24 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=59&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>
- 18 MS – **Recomendações para prevenção da infeção do local cirúrgico**. 2004. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.anes.pt/files/documents/default/490160150.pdf>
 - 19 NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH - **Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection**. London, October 2008 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21698848>.
 - 20 NICE – National institute for health and care excellence – **Surgical site infection** – October 2013 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://www.nice.org.uk/guidance/qs49/resources/guidance-surgical-site-infection-pdf>
 - 21 ORDEM DOS MÉDICOS – **Norma 031/2013: Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto**. 18 de Dezembro de 2014 [Acedido a 10 de Janeiro de 2015] <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>
 - 22 SHAFFER, VIRGINIA OLIVA - **Improving Quality of Surgical Care and Outcomes: Factors Impacting Surgical Site Infection after Colorectal Resection** - THE AMERICAN SURGE, 2014, p.759-763 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>
 - 23 SPRUCE, Lisa - **Back to Basics: Preventing Surgical Site Infections** - AORN Journal 2014 Vol. 99 Nº5 p.601-608 [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=61&sid=2f7e5aee-2d23-491e-a576-4c9b28db6567%40sessionmgr4001&hid=4207>
 - 24 TAI, Yee e outros - **Nasal carriage of Staphylococcus aureus in patients undergoing Mohs micrographic surgery is an important risk factor for postoperative surgical site infection: A prospective randomised study**. Australasian Journal of Dermatology p 109-114. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=52&sid=144aae93-53e0-4565-83b4-be7d3f6bc5ef%40sessionmgr4002&hid=4209>
 - 25 WHO – **Safe Surgery Saves Lives Second Global Patient Safety Challenge**. 2008, Switzerland. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf
 - 26 WHO – **WHO Guidelines for Safe Surgery 2009**. 2009, Switzerland. [Acedido a 15 de Novembro de 2014]. Disponível na Internet: [//www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#](https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#)