



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Enfermeiro Especialista como promotor da Segurança nos Cuidados

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

Por Marisa Raquel Rodrigues Fernandes Moura

Lisboa, 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Enfermeiro Especialista como promotor da Segurança nos Cuidados

Nurse Specialist as Safety Care Promoter

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

Por Marisa Raquel Rodrigues Fernandes Moura

Sob Orientação da Professora Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2017

Toda a reforma interior e toda a mudança para melhor dependem exclusivamente da aplicação do nosso próprio esforço.

(Kant)

RESUMO

O presente relatório descreve e reflete o percurso realizado no Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Os estágios decorreram em três lugares distintos, nomeadamente, o primeiro estágio num Serviço de Urgência Geral (SUG), o segundo estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e o terceiro estágio (opcional) num Bloco Operatório (BO), todos em hospitais na periferia de Lisboa.

O relatório tem como objetivo descrever e analisar de um modo reflexivo as atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio, com o propósito de adquirir competências inerentes à categoria de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na assistência ao cliente/família em situação crítica. A minha intervenção no decorrer dos estágios consistiu em desenvolver a promoção da segurança nos cuidados de enfermagem de forma a promover comportamentos eficazes e seguros. Pelo que realizei trabalhos transversais, nos três estágios, os quais subsidiaram o conhecimento e aprendizagem onde foi demonstrado aprofundamento sobre as temáticas e feita divulgação dos resultados obtidos.

A metodologia do trabalho utilizada foi a pesquisa bibliográfica e a reflexão das múltiplas atividades desenvolvidas, tendo por base o progresso, com o desenvolvimento/aquisição de competências.

Por fim, importa referir que agi sempre de forma reflexiva, empenhada, responsável e ética ao longo dos estágios, mantendo uma postura adequada como aluna da especialidade, preservando de forma contínua e autónoma o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Palavras-Chave: Aluna da especialidade; Segurança; Competências; Cuidados Especializados.

ABSTRACT

This report describes and reflects the course carried out in the Master's Degree in Nursing in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing, at the Portuguese Catholic University, Institute of Health Sciences. The internships took place in three distinct places, namely the first General Urgency (SUG), the second stage in a Multipurpose Intensive Care Unit (UCIP) and the third stage (optional) in an Operational Block (BO), all in hospitals in the outskirts of Lisbon. The purpose of this report is to describe and analyze in a reflexive manner the activities carried out in the different stages of the internship, with the purpose of acquiring competencies inherent to the category of Specialist Nursing in Medical-Surgical Nursing, in the critical care of the client / family. My intervention during the internships was to develop the promotion of safety in nursing care in order to promote effective and safe behavior. Therefore, I carried out cross-cutting work in the three stages, which subsidized the knowledge and learning where it was demonstrated deepening on the themes and made dissemination of the results obtained.

The work methodology used was the bibliographical research and the reflection of the multiple activities developed, based on progress, with the development / acquisition of competences.

Finally, it is important to mention that I have always acted in a reflexive, committed, responsible and ethical way throughout the internships, maintaining a proper posture as a student of the specialty, preserving in a continuous and autonomous way the process of personal and professional self-development

Key-words: Specialty student; Safety; Skills; Specialized Care.

AGRADECIMENTOS

O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade em que elas acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis (Fernando Pessoa). Pelo que, agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste projeto:

Aos meus *Pais*, por quem tenho uma dívida de gratidão, a quem devo tudo aquilo que sou, não só enquanto pessoa, como profissional, são o pilar mais firme e estável na minha vida, por me acompanharem e apoiarem em tudo o que desejo e ambiciono;

Um agradecimento especial à *Professora Manuela Madureira* por toda a disponibilidade, atenção, sensibilidade e profissionalismo prestado ao longo desta caminhada;

A todos os *Professores* do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela disponibilidade e ensinamentos;

A todos os meus *Orientadores de Estágio*, o meu obrigada pela flexibilidade, pelos momentos de reflexão e partilha de conhecimentos;

Por último, reconheço com enorme afeto o tempo, a paciência, a tolerância, a ajuda e a motivação demonstrados por ti, *Miguel*. Obrigado pelo companheirismo e amor incondicional mas, sobretudo, por teres entrado no meu Mundo!

A TODOS O MEU MUITO OBRIGADO!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala Operatória

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

EPE – Entidade Publica Empresarial

GCL – PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos

HFF – Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observações

SUG – Serviço de Urgência Geral

UAD – Unidade de Alta Dependência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	- 8 -
1. “Prevenção e Redução de Quedas: Estratégias de intervenção” - Revisão Integrativa da Literatura	- 12 -
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	- 31 -
2.1. Serviço de Urgência Geral	- 31 -
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	- 40 -
2.3. Bloco Operatório	- 48 -
3. CONCLUSÃO	- 55 -
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 58 -
APÊNDICES	- 63 -
APENDICE I: “Qual a relevância da Tricotomia no Pré-Operatório?”- Revisão Sistemática da Literatura	- 64 -
APENDICE II: Panfleto: “Isolamento da Via Aérea”	- 73 -
APENDICE III: Panfleto: “Isolamento de Contato”	- 75 -
APENDICE IV: Panfleto: “Isolamento de Gotículas”	- 77 -
APENDICE V: Póster: “O seu familiar está em Isolamento... O que Significa?”	- 79 -
APENDICE VI: Folha Bloco Operatório	- 81 -
ANEXOS	- 83 -
ANEXO I: Normativa: “Prevenção de Quedas – Internamento”	- 84 -
ANEXO II: Artigo: “Conhecendo os riscos para melhor prevenir”	- 86 -
ANEXO III: Protocolo: “Equipamento de Proteção Individual”	- 88 -

0. INTRODUÇÃO

No domínio dos cuidados de saúde, a Enfermagem progride no sentido de aumentar a aptidão técnico-científica, indo ao encontro de uma população diferenciada. Surge por parte dos enfermeiros uma visão sensível tendo por base a excelência e a qualidade do exercício. Esta constante transformação é reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros (2003, p.3) que menciona que os *“enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade (...) para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações de população (...)”*. Como consequência temos o desenvolvimento da Enfermagem associada a competências específicas, direcionadas no cuidar do cliente/família em todo o ciclo de vida com uma visão holística.

A formação avançada em enfermagem tem como finalidade um aprofundamento de saberes em domínios específicos, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2009, p.6) *“a apropriação de um domínio específico de enfermagem reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades de enfermagem”*. Assim, enquanto prestador de cuidados ao cliente/família o Enfermeiro desenvolve e aprofunda competências em campos específicos da ciência, tendo consciência dos seus deveres enquanto profissional e elemento ativo na sociedade que integra.

A elaboração deste relatório surge no término de um caminho percorrido no desenvolvimento e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. O Enfermeiro Especialista, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009, p.16) é *“um profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”*.

A escolha desta especialização resulta da reflexão sobre a necessidade de prestação de cuidados diferenciados e complexos ao cliente adulto e sua família em situação crítica. A fundamentação para a iniciativa do rumo à especialidade, teve por base, não só a aquisição de competências enquanto profissional de saúde mas também pelo facto da enfermagem ser vista como uma ciência. Le Boterf (1994, p.42) corrobora com o descrito, afirmando que “... *as competências existem quando os indivíduos que receberam formação aplicam eficazmente, e com conhecimento de causa, aquilo que eles aprenderam na formação numa situação de trabalho*”. É através desta articulação entre produzir e refletir sobre o executado, que emerge a finalidade deste relatório.

No início de cada estágio, elaborei um projeto que evidenciava os objetivos a atingir e as atividades a realizar, de forma a orientar o meu trajeto, com o intuito de desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e culturais.

O trabalho exposto é o resultado das experiências vivenciadas durante os três estágios realizados, tendo cada um uma carga horária de 180 horas. Os estágios efetuados assumem um papel preponderante na formação académica em Enfermagem, visto que contribuem para um enriquecimento pessoal e consolidação de saberes, viabilizando a aquisição de conhecimentos e de competências do enfermeiro nos diversos contextos. Assim, o profissional de saúde pode alcançar uma melhoria nos cuidados em Enfermagem, potencializando ganhos em saúde.

Seguidamente, apresento uma breve descrição dos locais de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica:

- Serviço de Urgência: A escolha desta instituição hospitalar deve-se ao facto de esta abranger uma grande área populacional diversificada e multicultural, conciliando com a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados em contexto pré-hospitalar ao poder integrar a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER); este estágio ocorreu no período de 15 de Fevereiro de 2016 a 15 de Abril de 2016;

- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente: A pertinência desta escolha deve-se à vasta área de intervenção ao cliente crítico do foro médico e cirúrgico, sendo uma área diferenciada que aborda especificamente clientes com condições fisiopatológicas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais; este estágio ocorreu no período de 26 de Abril de 2016 a 17 de Junho de 2016;
- Estágio Opcional: Bloco Operatório, dado exercer funções num serviço cujo foco de cuidado é o cliente cirúrgico, e por isso vivencio diariamente na minha prática profissional o cuidar destes clientes, tornou-se importante esta opção para conseguir melhor compreender as intervenções a que são submetidos e aliar a formação académica à prática profissional pela abrangência nas diferentes especialidades cirúrgicas. Considero que o enfermeiro desempenha um papel determinante na prestação de cuidados especializados no pré, intra e pós-operatório, Este estágio decorreu no período de 3 de Outubro de 2016 a 25 de Novembro de 2016.

O presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos, sendo estes: (i) a Introdução onde é apresentado e fundamentado, resumidamente, o enquadramento no curso, os locais de estágio, assim como a opção dos mesmos; (ii) a Revisão Integrativa da Literatura com a temática “Prevenção e Redução de Quedas: Estratégias de Intervenção”; (iii) na Descrição e Análise Crítica do Desenvolvimento de Competências, descrevo os contextos onde realizei os estágios, exibo a pertinência das atividades realizadas e a sua fundamentação, nomeio situações e problemas identificados, as estratégias e implementações sugeridas e reconheço as competências adquiridas; (iv) na Conclusão é realizada uma reflexão sobre a aprendizagem ao longo do curso, os principais contributos, as dificuldades, as limitações e as sugestões propostas.

Importa delinear os objetivos do relatório de forma a permitir a compreensão deste trabalho, sendo estes:

- Descrever os objetivos e atividades desenvolvidas no contexto dos estágios;
- Demonstrar as competências desenvolvidas em estágio;

- Refletir criticamente sobre as atividades e competências desenvolvidas.
- A temática condutora neste percurso foi construída ao longo do mesmo, de forma a fomentar a segurança nos cuidados em Enfermagem. Assim, intitulei o relatório de ***“Enfermeiro Especialista como promotor da Segurança nos Cuidados”***.

1. “Prevenção e Redução de Quedas: Estratégias de intervenção” - Revisão Integrativa da Literatura

RESUMO

As quedas são um dos principais eventos adversos que ocorrem em clientes hospitalizados, a não ocorrência é um indicador de qualidade dos cuidados em saúde.

Pela proximidade com os clientes, os enfermeiros são os profissionais de saúde primordiais para a prevenção e garantia da segurança dos mesmos.

Objetivo: Identificar a relevância da intervenção do enfermeiro na prevenção do risco de queda. **Material e Métodos:** A metodologia utilizada para definir os critérios de seleção, a amostra a estudar e a questão de investigação foi PICO. Os critérios de inclusão são a abordagem no seu conteúdo com a pertinência da prevenção de quedas no serviço de urgência geral e a intervenção do enfermeiro na prevenção do risco de queda. Da pesquisa nas diferentes plataformas foram selecionados cinco artigos, que corresponderam inteiramente aos critérios de inclusão definidos. **Discussão de resultados:** Concretizada a fase de leitura e análise dos artigos podemos afirmar que o grupo mais vulnerável ao risco de queda é o idoso, existindo fatores intrínsecos e extrínsecos que despoletam a ocorrência de quedas, nesta faixa etária. É possível concluir também que deve ser desenvolvido o pensamento crítico e reflexivo dos enfermeiros, de forma a atuarem promoverem a capacidade funcional, individualmente, para garantir a segurança dos clientes e consequentemente a prevenção de quedas. **Conclusão:** A queda é um acidente que ocorre inúmeras vezes em meio hospitalar, e aqui sublinha-se a vulnerabilidade na faixa etária dos idosos. Os enfermeiros devem implementar nos cuidados prestados aos clientes a avaliação do risco de queda, identificando os clientes em risco, promovendo através das suas intervenções a prevenção e garantia da segurança dos mesmos.

Palavras-chave: prevenção; queda; urgência.

ABSTRACT

Falls are one of the major adverse events that occur in hospitalized clients, failure to occur is an indicator of quality of health care.

Due to their proximity to clients, nurses are the primary healthcare professionals for the prevention and guarantee of their safety.

Objective: To describe the relevance of the role of nurses in preventing the risk of falls. **Material and Methods:** The methodology used to define the selection criteria, the sample to be studied and the research question was PICO. The inclusion criteria are the content approach with the pertinence of the prevention of falls in general emergency service and the role of the nurse in the prevention of the risk of fall. From the research in the different platforms were selected five articles, which fully corresponded to the defined inclusion criteria. **Discussion of the results:** The reading and analysis of the articles can be concluded that the group most vulnerable to the risk of falling is the elderly, and there are intrinsic and extrinsic factors that trigger the occurrence of falls in this age group. It is also possible to conclude that the critical and reflexive thinking of nurses must be developed in order to act and be alert in the promotion of healthy knowledge by promoting functional capacity individually to ensure client safety and consequently the prevention of falls. **Conclusion:** The fall is an accident that occurs multiple times in hospital environment, standing out in the age range of the elderly. The nurses must implement in the care provided to the clients the evaluation of the risk of falling, identifying the clients at risk, promoting through their interventions the prevention and guarantee of their safety.

Key-words: prevention; which gives; urgency.

INTRODUÇÃO

Qualquer profissional de saúde que preste cuidados de saúde em ambiente hospitalar em algum momento na sua prática de cuidados vê-se confrontado com a experiência de queda de um cliente, bem como possíveis consequências adjacentes à mesma. Tendo esta ocorrência consequências na qualidade e melhoria dos cuidados aos clientes é fundamental que estes profissionais de saúde estejam preparados para a prevenção das mesmas e consigam dar resposta quando estas ocorrem. Sendo o enfermeiro o prestador de cuidados que está diretamente e maior parte do tempo junto do cliente, é essencial para a sua prática de cuidados ser detetor do conhecimento sobre intervenções na prevenção do risco de quedas.

Segue-se a revisão integrativa da literatura que consiste na documentação/ fonte de ideias enriquecendo a justificação da pergunta de investigação, através de um exercício crítico pertinente sobre um domínio de investigação (FORTIN, 1999). Assim, o objetivo deste trabalho é identificar a relevância das intervenções do enfermeiro na prevenção do risco de queda em clientes adultos.

A enfermagem é uma disciplina orientada para a prática e para o cuidado humano. “Cuidar” é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana (Watson, 2002). A Enfermagem também é vista como uma disciplina científica, revestida por temas de Enfermagem, tendo como missão, promover a inter-relação entre a teoria, a pesquisa e a prática (Zagonel, 1999). Assim é possível afirmar que a visão da Enfermagem apresenta-se como um domínio do conhecimento prático, teórico e indissociável.

Quando se realiza um processo de investigação é categórico que se proceda à definição de descritores que dão forma à questão de investigação, no sentido de melhor compreender o que se pretende estudar perante o significado dos mesmos.

Em seguida procede-se à contextualização da temática acerca das quedas, bem como à identificação das estratégias preventivas de modo a que elas sejam evitáveis.

As quedas são consideradas uma das principais causas de morte nos idosos, comprometendo os estilos de vida saudáveis nos clientes, evidenciando-se como um importante problema de saúde (Abreu, 2012). O mesmo autor, citando a Organização Mundial de Saúde (OMS) define queda como o *“acontecimento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade”* (Abreu, 2012, p.2). Também Lamas (2014) acrescenta que as quedas patenteiam um dos principais eventos adversos que ocorrem em clientes hospitalizados, sendo um indicador de qualidade dos cuidados em saúde e reflexões de qualidade do exercício profissional em enfermagem.

A prevenção da queda representa uma das importantes áreas de investigação e intervenção em enfermagem. Antes de qualquer tipo de intervenção de enfermagem a este nível, a avaliação do risco de queda é fundamental em qualquer programa/norma de prevenção de quedas, tendo como finalidade identificar os clientes em risco. A avaliação tem como objetivo corrigir a situação e concomitantemente evitar a ocorrência de queda, sendo que deve ser realizada na admissão do cliente, sempre que é transferido para uma unidade diferente, quando ocorre uma mudança na sua condição, ou depois de uma queda (Dias & Ferreira, 2014). É importante acrescentar que esta avaliação não se focaliza apenas no cliente, mas também nas intervenções realizadas pela equipa de enfermagem, que pretende melhorar as ações a ter na prestação de cuidados em clientes com este tipo de problemática.

Assim, pela proximidade e conhecimento clínico sobre os clientes, os enfermeiros são considerados os profissionais primordiais para a prevenção e garantia da segurança dos mesmos. Cabe-nos o pensamento crítico/reflexivo, de modo que consigamos proceder à recolha e interpretação dos dados relevantes, através dos instrumentos de avaliação (Escala de Avaliação do Risco de Quedas). Estes instrumentos são importantes para um correto planeamento de cuidados, realçando a segurança e qualidade dos mesmos (Lamas, 2014).

Sustentando o anteriormente descrito e citando o Diário da República (Despacho 1400-A/2015) “a estratégia de intervenção que deve ser adotada consiste na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência” (...) ”Importa referir que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde”.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 realça a importância de as instituições prestadoras de cuidados de saúde desenvolverem planos para a gestão da prevenção das quedas, justificando assim a pertinência deste projeto.

Assim, a intervenção dos enfermeiros resulta de um compromisso profissional, que visa a preservação da dignidade do ser humano. A relação entre o enfermeiro e a Pessoa (cliente) reveste-se numa componente ética, fundamentada para o cuidado mediante a condição humana dos mediadores. Deodato (2008) acrescenta, afirmando que no centro desta relação encontra-se a proteção da vida humana, pelo que cabe ao enfermeiro, agir no sentido de promovê-la, defendê-la e ajudar na resolução dos problemas de saúde que a ponham em risco ou a afetem. Quando tal já não é possível, o enfermeiro continua a constituir o seu dever de manter a relação de cuidado no acompanhamento de um processo de morte serena.

Posto isto, a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente num serviço de urgência são altamente qualificados. As intervenções de enfermagem são implícitas de um máximo rigor e de um modo contínuo e sistemático, tendo em conta a faixa etária do cliente, bem como qual/quais as funções afetadas. Portanto, é essencial para a sua prática de cuidados, o enfermeiro ter conhecimento acerca das intervenções na prevenção do risco de quedas.

MATERIAL E MÉTODOS

A Prática Baseada na Evidência utiliza resultados de pesquisas na prática clínica, sendo a revisão integrativa da literatura um dos seus recursos. Esta define-se como uma abordagem que pode promover a segurança do cliente e envolve a definição de um problema, a procura e avaliação crítica das evidências disponíveis, a sua implementação na prática clínica e avaliação dos resultados obtidos (Galvão, 2009).

Neste trabalho recorre-se às principais etapas metodológicas definidas por Mendes (2008) para a realização da revisão integrativa da literatura de modo a dar resposta à questão de investigação.

Com o desígnio de identificar as intervenções de enfermagem propostas para a prevenção do risco de queda surgiu a seguinte pergunta de investigação: Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção do risco de queda no serviço de urgência?

A metodologia utilizada para definir os critérios de seleção, a amostra a estudar e a questão de investigação foi PICO.

Os descritores a serem utilizados na pesquisa foram selecionados na base de indexação Decs, tendo sido eleitos os seguintes descritores: prevenção (D000056); queda (25455) e urgência (D004630). Estes foram utilizados na língua portuguesa e castelhana e as plataformas usadas para a realização da pesquisa foram a Scielo, Lilacs e Rcaap. A seleção baseou-se no fácil acesso e na sua abrangência não só de artigos como de outros documentos, teses de mestrado e doutoramento.

A seleção dos artigos para a concretização da revisão integrativa da literatura, tem por base os seguintes critérios de inclusão: abordagem no seu conteúdo com a pertinência da prevenção de quedas no serviço de urgência geral e a intervenção do enfermeiro na prevenção do risco de queda. Relativamente aos critérios de exclusão, consideram-se rejeitados todos os artigos/documentos que não respeitassem pelo menos um dos critérios de inclusão acima mencionados.

Concretizei a pesquisa segundo a teoria booleana, utilizando a pesquisa dos descritores no texto integral dos artigos/documentos e com a convenção de termos “e” e “y”.

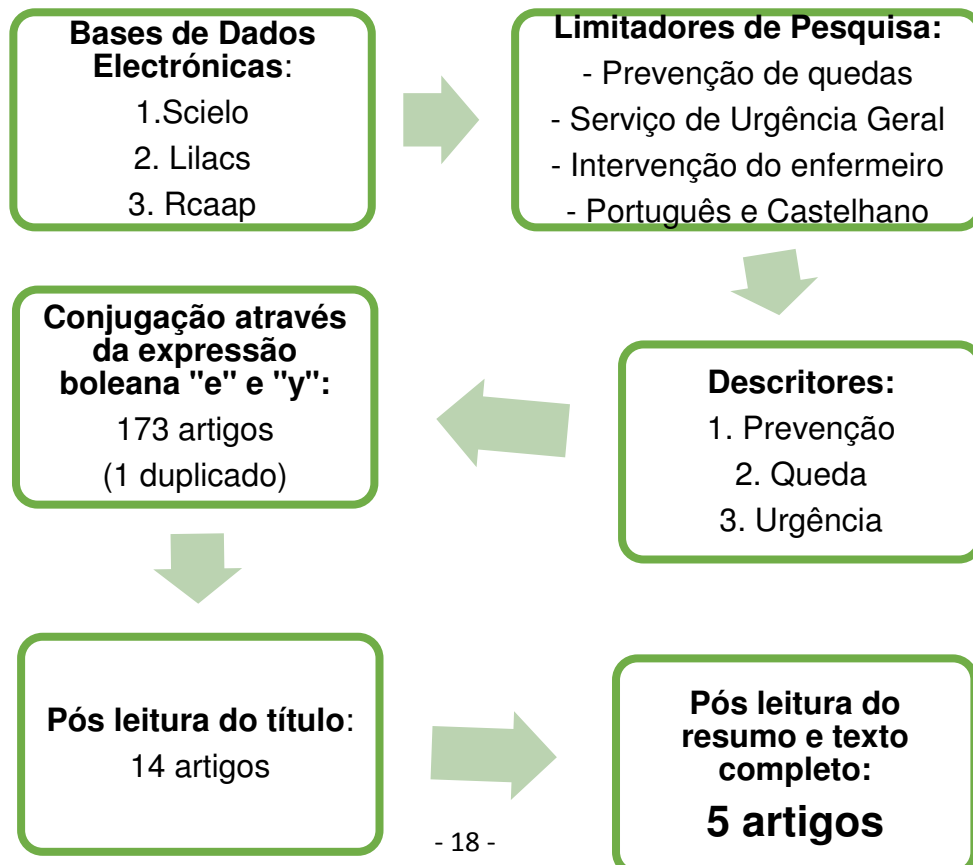
Para a realização da pesquisa na plataforma Scielo utilizei os descritores na língua portuguesa e castelhana: prevenção (texto), queda (texto) e urgência (texto), tendo obtido 17 resultados, dos quais selecionei 2 artigos.

Na plataforma Lilacs respeitando a mesma metodologia utilizada anteriormente, foram selecionados 2 artigos de uma amostra de 71 artigos.

Por fim, na plataforma Rcaap dos 85 artigos encontrados, excluímos 83 por não corresponderem inteiramente aos critérios de inclusão definidos, selecionei 1 artigo, dado ter encontrado 1 artigo repetido e já previamente selecionado.

Assim, foram selecionados 5 artigos que corresponderam inteiramente aos critérios de inclusão definidos. Realizei uma leitura pormenorizada e singular dos mesmos, construindo uma opinião fundamentada segundo evidência implícita nos artigos/documentos dissecados. Para uma fácil compreensão da metodologia utilizada na análise dos artigos, encontra-se seguidamente uma sistematização da mesma.

FIGURA 1: PROTOCOLO DE PESQUISA – METODOLOGIA UTILIZADA



Artigos Seleccionados:

1. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal
2. Risco de queda: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem
3. Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência
4. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência
5. Cuidado de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos: proposta para ação

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação dos resultados é divulgada sob forma de tabelas, sendo um método facilitador para uma melhor análise e percepção dos mesmos.

Tabela 1: *Síntese do artigo incluído na revisão integrativa da literatura*

Nome do Artigo	Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal
Ano	2012
Tipo de Estudo	Estudo descritivo longitudinal
Autores	Abreu, C.; Mendes, A; Monteiro, J.; Santos, F.
Publicação	Revista Latino-Am. Enfermagem
Resumo	<p>Este estudo visou avaliar a prevalência das quedas, conhecer as suas consequências, identificar as causas e estudar estratégias preventivas.</p> <p>Segundo os autores supracitados as quedas são a segunda maior causa de morte por acidentes involuntários, a Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) refere que no serviço Nacional de Saúde de Portugal num período de 25 meses (2006 até janeiro de 2008) 4,200 acidentes foram relacionados com</p>

quedas de doentes de macas ou de camas. No total das ocorrências estas foram identificadas em casas de banho, cadeirões, cadeiras de rodas e pisos escorregadios. É ainda mencionado que a falta de grades em macas e camas favorece o risco de queda.

Este acontecimento pode ser provocado por diversos fatores, a diferença entre o ambiente e espaço físico que a pessoa se encontra, principalmente na faixa etária mais avançada (idoso) na qual tem mais dificuldade do ajustamento do seu ambiente. As quedas provocam uma quebra na segurança dos doentes e são responsáveis pelo incremento do número de dias no internamento e conseqüentemente a sua recuperação.

São constatados no estudo fatores de risco, considerados importantes para a identificação da causa das quedas, sendo estes classificados como intrínsecos e extrínsecos. Deve-se ao fato da compreensão e importância sobre a temática que os fatores extrínsecos tendem diminuir relativamente aos anos subsequentes, as equipas multidisciplinares tendem a corrigir alguns fatores identificados, nomeadamente “ (...) *a revisão do sistema de travagem das camas, cadeira de rodas, suportes de soro rodados, abolição de cera no chão e substituição por cera antiderrapante, aquisição de grades para todas as camas, colocação de barras de suporte nas casas de banho, nomeadamente junto às sanitas e chuveiros, colocação de degraus duplos para os doentes subirem para as camas, vem como o pedido de aquisição de camas elétricas articuladas na cabeceira e nos pés, com grades de proteção incorporadas, que permitam ajustar a altura em relação ao chão*”.

Um fator importante referenciado neste artigo deve-se ao fato do período onde ocorre mais frequentemente as quedas em meio hospitalar, foram então salientados os turnos da manhã por ser o período onde são realizados mais atividades nomeadamente os

	<p>cuidados de higiene, o levante, a realização de exames de diagnóstico. No entanto no período da noite devido à agitação e confusão também se torna um período propício à queda, corroborando com o autor que afirma “<i>no ano de 2009 a confusão foi o segundo motivo da causa da queda</i>”.</p> <p>Apesar de ser uma temática abordada pelos profissionais de saúde nos últimos anos, esta é insuficientemente documentada e estudada. Dá-se uma necessidade de mobilização de todos os intervenientes para uma cultura de qualidade nos cuidados no sentido de aumentar a segurança do doente. Sendo para isso necessário a sua monitorização ou seja, notificar ocorrências e compreender as suas variáveis são fundamentais para a adoção de medidas preventivas.</p>
--	--

Tabela 2: Síntese do artigo incluído na revisão integrativa da literatura

Nome do Artigo	Risco de queda: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem
Ano	2014
Tipo de Estudo	
Autores	Lamas, B.
Publicação	II Congresso Internacional de Supervisão Clínica
Resumo	<p>As quedas são um indicador de qualidade dos cuidados em saúde e critério de qualidade do exercício profissional em enfermagem, este estudo procurou sensibilizar a comunidade científica sobre o papel ativo da supervisão clínica na qualidade e segurança dos cuidados, tendo como indicador de qualidade as quedas.</p> <p>A segurança dos doentes é uma das principais dimensões de qualidade, onde a gestão de risco se assume como uma medida</p>

	<p>fundamental para a sua garantia. A identificação prematura é essencial para a prevenção das lesões, no entanto está dependente da presença de uma cultura profissional com honestidade, integridade e comunicação aberta entre os doentes e a equipa de enfermagem (Clancy, 2013).</p> <p>A monitorização do risco de queda e a implementação de medidas preventivas permitem o controlo das quedas e a minimização das suas consequências (Quigley, 2009; et al.).</p> <p>Sendo os enfermeiros a classe profissional que mais conhece e acompanha o doente, tem um papel fulcral para promover e garantir a segurança dos doentes, realçando a prevenção de quedas.</p> <p>Schwendimann (2008) e Corsinovi (2009) citados por Lamas, referem que deverá desenvolver-se nos enfermeiros pensamento crítico e reflexivo para realizar uma correta colheita de dados e assim planificar um plano de cuidados adaptando-o às características individuais de cada doente.</p>
--	--

Tabela 3: *Síntese do artigo incluído na revisão integrativa da literatura*

Nome do Artigo	Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência
Ano	2013
Tipo de Estudo	Estudo transversal
Autores	Abrantes, K; Menezes, T; Farias, M; Silva, M.; Rolim, V.; Junior, H.; Abreu, L.
Publicação	ABCS Health Sci,
Resumo	Com o constante aumento do envelhecimento populacional vê-se a necessidade de um conhecimento enriquecedor sobre os principais problemas que atingem os idosos nomeadamente as

quedas, sendo caracterizado como problema de saúde pública. A origem das quedas estão associadas a fatores intrínsecos (alterações fisiológicas do envelhecimento, deterioração cognitiva, redução da capacidade funcional, condições patológicas e efeitos adversos de medicação) e extrínsecos (circunstâncias sociais e perigos ambientais), convindo com o autor *“o processo de envelhecimento ocasiona mudanças estruturais e funcionais que podem comprometer as funções motoras, impedir a capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente e predispor-lo a ocorrência de quedas”*. Ainda de salientar que a queda da própria altura deve-se a problemas com o ambiente. As características ambientais como fator predominante à queda são preponderantemente degraus, pisos escorregadios, pouca iluminação e hábitos individuais dos idosos, o que justifica a preponderância da temática a implementação de medidas preventivas.

Apesar de este acontecimento (quedas) poder acontecer em qualquer faixa etária, estas estão mais associadas ao idoso, causando um impacto na saúde significativo nomeadamente no tratamento e reabilitação, podendo levar à diminuição de autonomia e da independência.

Neste estudo houve uma associação entre hospitalização e lugar da queda e grupo etário. Desta forma, *“é necessário que os profissionais de saúde atuem de forma que ofereçam aos idosos uma assistência à saúde que priorize aspetos da promoção do envelhecimento saudável e com significativa capacidade funcional, para, assim, proporcionar meios que previnam a ocorrência de quedas”*.

Tabela 4: Síntese do artigo incluído na revisão integrativa da literatura

Nome do Artigo	Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência
Ano	2012
Tipo de Estudo	Estudo transversal
Autores	Malta, D.; Silva, M.; Mascarenhas, M.; Sá, N.; Neto, O.; Bernal, R.; Monteiro, R.; Andrade, S.; Gawryszewski, V.
Publicação	Revista de Saúde Pública
Resumo	<p>Neste artigo foram analisados sujeitos que após ocorrência de queda procuraram ajuda diferenciada em serviços de urgência e emergência, observando as suas características e identificando os fatores associados.</p> <p>Em qualquer momento da sua vida, todas as pessoas sofrem quedas não intencionais. As quedas abrangem diversos atributos: sexo, idade, condição socioeconómica.</p> <p><i>“Estimativas dos Estados Unidos mostram que as quedas são a causa principal de lesões não fatais para crianças e adolescentes (...) e 1,7 milhões de idosos com 65 anos ou mais são atendidos em serviços de emergência naquele país”.</i></p> <p>As quedas não intencionais ocorrem devido a diversos fatores de risco, sendo difícil definir apenas um fator de risco ou agente causal. No entanto uma proporção resultante destas ocorrências é passível de ser reduzida por meio de adoção de medidas preventivas.</p> <p>Neste estudo concluiu-se que o comprometimento da capacidade funcional, alterações cognitivas e da marcha, deficiência visual, entre outros são fatores de risco para a ocorrência de quedas nos indivíduos com 60 anos ou mais. Os resultados deste estudo apontam ainda para a prioridade de criação de programas de prevenção ou futuros estudos.</p>

Tabela 5: Síntese do artigo incluído na revisão integrativa da literatura

Nome do Artigo	Cuidado de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos: proposta para ação
Ano	2011
Tipo de Estudo	Estudo documental, retrospectivo e descritivo
Autores	Freitas, R.; Santos, S.; Hammerschmidt, S.; Silva, M.; Pelzer, M.
Publicação	Revista Brasileira de Enfermagem, REBEN
Resumo	<p>O grupo mais vulnerável aos múltiplos redutores de saúde, como a queda são os idosos. Acarreta por isso uma maior necessidade de cuidados e uma visão preventiva por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>A queda é definida como “ <i>um deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade</i>”, podendo alterar a capacidade funcional, interferindo na autonomia e independência da pessoa.</p> <p>As consequências das quedas mostram maior incapacidade, maior tempo do doente acamado, exigindo tratamento cirúrgico por vezes. Tais intervenções implicam maior tempo de recuperação, alteração da locomoção, diminuição da autonomia e capacidade funcional e essencialmente de uma reestruturação familiar.</p> <p>Este evento esta estritamente relacionado por fatores intrínsecos (processos fisiológicos ou patológicos do envelhecimento, perda de consciência, distúrbios da marcha, postura e equilíbrio, demências) e extrínsecos nomeadamente fatores ambientais.</p> <p>No que diz respeito à providência dos fatores extrínsecos este estudo dá relevância ao ambiente seguro para a redução do risco de quedas nomeadamente à iluminação adequada, pisos secos, grades de segurança, cadeira de rodas e camas com grades.</p>

Destaca-se a importância de um ambiente seguro e da preponderância de a equipa de enfermagem construir e implementar intervenções preventivas de quedas em pessoas hospitalizadas, institucionalizadas ou domiciliadas. Assim como proporcionar o envolvimento da família promovendo o ensino e envolvimento nos cuidados.

Um fator essencial referenciado neste estudo é a pertinência do registo de ocorrência de queda, *“assim, se o histórico de saúde dos ambientes hospitalares fosse mais completo, seria possível verificar a ocorrência de quedas anteriores e também as causas, direcionando as orientações específicas dos enfermeiros por meio de ações preventivas, com medidas que poderiam envolver estímulo para alterações no ambiente e/ou nos hábitos de vida”*, também esta é uma medida preventiva para a prevenção de novas ocorrências de quedas.

Dissemelhantes propostas de ações preventivas de quedas são enumeradas com o objetivo da promoção da saúde, nomeadamente: manutenção de habilidades motoras e cognitivas para desempenharem as Atividades de Vida Diárias (AVD's); dialogo permanente; iluminação que possibilite a ampliação de visibilidade; colocação de pisos antiderrapantes; manutenção de pisos limpos e sem substâncias escorregadias; preferir rampas em vez de escadas; estimular a deambulação (mesmo se houver necessidade do uso de andarilhos, bengalas e outros dispositivos auxiliares); barras de segurança (corrimão) para os doentes se segurarem; privacidade e cuidados individualizados.

A sensibilização para a formação dos profissionais de saúde que diariamente se deparam com pessoas/família com risco de queda é um dos pontos fulcrais neste estudo realçando a importância da necessidade de investigação sobre esta temática para a melhoria da qualidade dos cuidados e paralelamente a beneficiação populacional.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos resultados obtidos da leitura e análise dos artigos selecionados através de uma criteriosa componente metodológica é possível constatar que o grupo com a faixa etária mais vulnerável ao risco de queda é o idoso (Abrantes et al, 2013; Freitas, et al, 2011; Lamas, 2014; Abreu, et al, 2012). Esta ocorrência está presente em outras faixas etárias, no entanto é no idoso que se apresentam dados mais quantitativos quando comparados com as restantes faixas etárias. Este resultado vai de encontro ao estudo de Abrantes, et al (2013) que refere que este acontecimento pode ocorrer em qualquer faixa etária, estando mais associadas ao idoso, causando um impacto na saúde significativo nomeadamente no tratamento e reabilitação, podendo levar à diminuição de autonomia e da independência. Freitas, et al (2011, p.479) sustenta a ideia anteriormente referida, afirmando que *“o grupo mais vulnerável aos múltiplos redutores de saúde, como a queda são os idosos. Acarreta por isso uma maior necessidade de cuidados e uma visão preventiva por parte dos profissionais de saúde”*.

Assim, e de acordo com a literatura citada, o constante aumento de envelhecimento populacional realça a necessidade de aumentar conhecimento científico e clínico nesta faixa etária e por sua vez, implica uma maior necessidade de aumentar o conhecimento das intervenções para a prevenção de quedas.

A ocorrência da queda pode estar relacionada com fatores intrínsecos como os processos fisiológicos e patológicos e a fatores extrínsecos como as condições ambientais. Indo ao encontro com a linha de pensamento de Abrantes, et al (2013, p.129) que refere que a origem das quedas estão associadas a fatores intrínsecos (alterações fisiológicas do envelhecimento, deterioração cognitiva, redução da capacidade funcional, condições patológicas e efeitos adversos de medicação) e extrínsecos (circunstâncias sociais e perigos ambientais). O autor ainda acrescenta que *“o processo de envelhecimento ocasiona mudanças estruturais e funcionais que podem comprometer as funções motoras, impedir a capacidade de adaptação do individuo ao ambiente e predispô-lo a ocorrência de quedas”*.

A ocorrência destas situações vai despoletar e interferir na autonomia e independência da pessoa/família. São nestas circunstâncias que o enfermeiro tem um papel preponderante em primeiro lugar na prevenção da queda e secundariamente na projeção dos ensinamentos ao cliente/família.

Corroborando com Freitas et al (2011) que realça a importância da formação dos profissionais de saúde que diariamente se deparam com clientes/famílias com risco de quedas, sendo este um dos pontos fulcrais neste estudo, realçamos a importância da necessidade de investigação sobre esta temática para a melhoria da qualidade dos cuidados e paralelamente a beneficiação populacional. Schwendimann (2008) e Corsinovi (2009) citados por Lamas (2014) referem que deverá desenvolver-se nos enfermeiros pensamento crítico e reflexivo para realizar uma correta colheita de dados e assim planificar um plano de cuidados adaptando-o às características individuais de cada cliente.

No que diz respeito aos cuidados de saúde, a segurança dos clientes deve ser uma prioridade para todos os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros que tem um contacto direto com os mesmos. No estudo de Abrantes et al (2013,p.131) este faz referência a uma associação entre hospitalização e lugar da queda e grupo etário, afirmando que *“é necessário que os profissionais de saúde atuem de forma que ofereçam aos idosos uma assistência à saúde que priorize aspetos da promoção do envelhecimento saudável e com significativa capacidade funcional, para, assim, proporcionar meios que previnam a ocorrência de quedas”*. Na mesma linha de pensamento Lamas (2014) expõe que os enfermeiros são a classe profissional que mais conhece e acompanha o cliente, tendo um papel fulcral para promover e garantir a segurança dos clientes, enfatizando a prevenção de quedas.

Para alcançarmos um aumento na segurança dos clientes é pertinente citar o estudo de Abreu et al (2012, p.3) que *“apesar de ser uma temática abordada pelos profissionais de saúde nos últimos anos, esta é insuficientemente documentada e estudada. Dá-se uma necessidade de mobilização de todos os intervenientes para uma cultura de qualidade nos cuidados no sentido de aumentar a segurança do cliente. Sendo para isso necessário a sua monitorização ou seja, notificar ocorrências e compreender as suas variáveis*

são fundamentais para a adoção de medidas preventivas” fazendo nos refletir na nossa prática de cuidados. Clancy (2013) citado por Lamas (2014, p.25) corrobora com o supracitado afirmando que “a segurança dos clientes é uma das principais dimensões de qualidade, onde a gestão de risco se assume como uma medida fundamental para a sua garantia. A identificação prematura é essencial para a prevenção das lesões, no entanto está dependente da presença de uma cultura profissional com honestidade, integridade e comunicação aberta entre os clientes e a equipa de enfermagem”.

Após análise e discussão dos resultados verifica-se que a queda é um acidente que ocorre múltiplas vezes em meio hospitalar, destacado na faixa etária dos idosos e que a mesma pode provocar danos graves nos clientes afetando a sua qualidade de vida e dos seus familiares.

Posto isto, averiguámos que é primordial a implementação de intervenções de enfermagem desde o momento de admissão hospitalar até ao planeamento de alta. A fim de realizar um correto planeamento de cuidados especializados de enfermagem para cada cliente, é importante ter em conta os ensinamentos realizados para o domicílio e monitorização de uma avaliação do risco de queda.

CONCLUSÃO

A avaliação do risco de queda é fundamental em qualquer programa/norma de prevenção de quedas, tendo como principal objetivo corrigir a situação e concomitantemente evitar a ocorrência de queda, pretendendo orientar a ação dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados. Uma das finalidades deste programa preventivo é identificar os clientes que se encontram em risco.

Pela proximidade e conhecimento sobre os clientes, os enfermeiros são os profissionais de saúde melhor posicionados para a prevenção e garantia da segurança dos mesmos, pelo que devem ter um pensamento crítico-reflexivo para proceder à colheita e interpretação dos dados através de instrumentos de avaliação para um correto planeamento de cuidados especializados, realçando a segurança e qualidade dos mesmos.

Existem diversas intervenções de enfermagem para a prevenção e redução do risco de queda, que são orientadoras para um plano de cuidados, indo ao encontro do indicador de qualidade dos cuidados de saúde e critério de qualidade do exercício profissional de enfermagem, a diminuição/inexistência de ocorrência de quedas. No entanto, uma das medidas que é menos explanada no seio das intervenções mas igualmente importante para o alcance destes objetivos é a notificação de ocorrência de quedas que por vezes os profissionais de saúde têm receio de fazer. No entanto, só com este registo é que é possível entender qual/quais as causas e, assim delinear/fundamentar intervenções de enfermagem facilitadoras para a prevenção do risco de queda. Os resultados da análise evidenciaram a necessidade de mudanças e mais investimento na realização de novos trabalhos de investigação sobre esta temática com o intuito dos profissionais de saúde intervirem com base teórica fundamentada e com o objetivo primordial da melhoria/qualidade dos cuidados de saúde na prevenção do risco de queda.

É importante sublinhar a necessidade da formação contínua dos profissionais de saúde que se deparam com estes incidentes de uma forma recorrente. Esta é uma medida importante com benefícios claros, que dará melhor qualidade de vida aos clientes e uma maior segurança aos profissionais de saúde.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na evolução dos cuidados de enfermagem, quer na formação inicial, quer na formação pós-graduada, os enfermeiros desempenham um papel determinante no sentido de gerar condutas, comportamentos e atitudes. Neste desígnio, as unidades de prestação de cuidados são refletores da prática profissional, podendo mobilizar e ajustar os conhecimentos, aliando a reflexão à ação (Collière,1989).

O Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresenta objetivos gerais. A “linha condutora” que esteve subjacente aos três estágios foi a Segurança nos Cuidados em Enfermagem ao cliente em situação crítica. Assim, para além de ambicionar a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas na área da prestação de cuidados de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretendi que a minha intervenção incidisse na prevenção e segurança associado aos cuidados especializados de enfermagem. Como objetivo transversal aos três estágios propus-me desenvolver competências científicas, éticas, interpessoais e sistémicas facilitadoras na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica. Para além deste objetivo geral, foram delineados os objetivos específicos que serão apresentados em cada estágio, de acordo com a sua especificidade, com o intuito de aquisição e desenvolvimento de competências.

2.1. Serviço de Urgência Geral

Este estágio foi realizado num hospital público integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que se localiza na periferia de Lisboa, com parceria público-privada entre o estado Português e a Sociedade Gestora do Hospital.

Esta Unidade de Saúde tem como missão prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, com respeito supremo da individualidade e necessidade dos clientes cooperando para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade, visando com isso, ser de referência na prestação de cuidados de saúde.

É ao SUG que, quando se vivência um processo de doença aguda ou quando há agudização de uma doença crónica, se recorre, sendo dever dos profissionais prestar cuidados de saúde em tempo útil e de qualidade, garantindo a individualidade, a máxima segurança e dignidade ao cliente/família. Prestar cuidados humanizados num serviço de urgência é, sem dúvida um desafio, pois *“cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente”* (Alminhas, 2007, p.60).

Acerca do início desta caminhada, uma vez que este é o primeiro estágio no âmbito da especialidade, é possível afirmar que nos primeiros dias no SUG vi a minha autonomia profissional um pouco limitada, devido ao processo de integração numa instituição, serviço e equipa multidisciplinar na área de urgência hospitalar. De acordo com o descrito anteriormente e segundo Beneer (2005), quando um enfermeiro com experiência profissional é colocado num ambiente com atividades desconhecidas torna-se principiante.

Porém consegui ultrapassar estas dificuldades através de estratégias estabelecidas por mim que promoveram e facilitaram a minha integração, sendo que estas foram a leitura dos protocolos do serviço e a pesquisa de informação em artigos, livros e revistas sobre temáticas relacionadas com os cuidados de enfermagem ao cliente crítico num serviço de urgência. Não descurando a cooperação do enfermeiro orientador e da equipa multidisciplinar que me ajudaram e integraram diariamente na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente crítico. Aqui teve em conta o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011) que refere que os cuidados de enfermagem devem ser *“altamente qualificados, prestados de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. (...) Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura continua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as*

complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.

✓ **Prestar cuidados de enfermagem especializados na pessoa/família em situação crítica no SUG.**

Durante o processo de observação em estágio, foi possível notar que os cuidados de enfermagem eram individuais prestados pelo enfermeiro afeto ao cliente, sendo da sua responsabilidade todos os cuidados, os quais avalia e coordena (Kron & Gray, 1989). Este processo foi algo que me suscitou interesse, uma vez que durante a licenciatura não surgiu a oportunidade de realizar nenhum estágio em serviço de urgência. Neste contexto e como processo de integração sugeri a possibilidade de intervir em outros contextos, nomeadamente a Sala de Reanimação, Serviço de Observações, Balcões de Atendimento, Sala de Tratamentos, Sala de Pequena Cirurgia/ Ortopedia e Triagem, onde colaborei na prestação de cuidados, permitindo-me deste modo ter uma ideia global dos diferentes locais e do percurso dos clientes. A minha passagem por estes setores teve como objetivo saber dar resposta às necessidades do cliente/família, aumentando a sua capacidade de adaptação com o intuito de manter e promover a saúde e o bem-estar da comunidade (Meleis, 1997). Ainda foi possível concluir, que este tipo de metodologia adotada não impede que seja promovido o espírito de equipa, sendo que este foi desenvolvido pela maior parte de todos os profissionais, realizando-o com eficácia, qualidade e assegurando cuidados humanizados. Como nos diz Dingwall (1980) a equipa pode ser definida como um meio para a ação concertada.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de colaborar com o enfermeiro destacado na triagem de forma a conhecer e perceber os critérios de atribuição de prioridades. De acordo com Sheehy’s (2001) a avaliação inicial deve ser criteriosa, adequada e atenta à base de todos os cuidados prestados ao cliente no serviço de urgência. É importante relatar que durante o meu processo de intervenção no setor da triagem, avalei, em parceria com o enfermeiro destacado, uma cliente que sofreu de violência doméstica. Este facto revelou

ser fundamental a existência de uma comunicação eficaz, bem como a consolidação de uma relação de ajuda, de modo que a vítima consiga comunicar o veredito da história, não omitindo. Segundo Watson (2002, p 96), suportando o anteriormente referido, a Enfermagem é *“a ciência das pessoas, das experiências e vivências de saúde/doença do Homem, que se realiza em transações humanas, profissionais...”*.

A utilização de diferentes métodos de análise utilizados em situações complexas por parte da equipa de enfermagem podem ser por vezes diferentes de gerir. Este facto foi observado, quando colaborei com o enfermeiro orientador na gestão de cuidados, na gestão da equipa de enfermagem e da equipa dos assistentes operacionais e ainda, quando teve que revelar competências técnicas, científicas e relacionais aquando existe algum conflito e/ou resolução relacionados com os clientes/famílias. Phaneuf (2004) (citado por Vieira (2009,p.115)) corrobora com o descrito anteriormente, confirmando que *“para ajudar, a enfermeira tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contato relacional”*.

Não tendo sido planeado como objetivo major do meu estágio, desenvolver competências na gestão de cuidados, solicitei no entanto ao chefe a possibilidade de colaborar na gestão e supervisão dos cuidados. Além destas atividades desenvolvidas, ainda foi possível realizar gestão das equipas e seus elementos (realização de horários, trocas, compreender a gestão de problemas de diversos profissionais) e materiais (pedido de material, gestão de estupefacientes, conhecer a farmácia hospitalar e armazém central do material situado no hospital), esta experiência possibilitou-me refletir sobre a prática da gestão em enfermagem. Concluí que o conjunto de funções exercidas pelo enfermeiro chefe são por vezes complexas no âmbito da gestão de cuidados de saúde, bem como na promoção de um bom ambiente de trabalho na equipa multidisciplinar.

Durante a minha experiência neste hospital, constatei que ele abrange uma população vasta e multicultural. Concluí que existe uma estreita relação entre o enfermeiro e as questões culturais dos clientes/famílias, como afirma Leininger (citado por Alligood & Tomey (2004, p.573)) *“o cuidar em enfermagem*

benéfico, saudável e satisfatório, culturalmente baseado, contribui para o bem-estar de indivíduos, famílias, grupos e comunidades dentro do seu contexto ambiental". Tomo como exemplo, uma situação vivenciada com uma cliente, mulher de religião muçulmana, que apresentava um traumatismo craniano, após queda na via pública. A cliente revelou resistência à retirada do véu para observação e intervenção da lesão, pelo que a equipa multidisciplinar deve estar cada vez mais sensibilizada para a multiculturalidade despindo-se de etnocentrismos, aceitando a diversidade, escolhas e crenças dos clientes/família, que delegam em nós o cuidar (Barradas, 2009). Daí sugeri ao enfermeiro que mantivesse a cliente num gabinete, construindo um ambiente mais reservado para manter a sua privacidade e, que fosse uma profissional de saúde do sexo feminino na prestação cuidados. Através da minha intervenção, consegui que a cliente num ambiente fechado e com privacidade colaborasse com a equipa na prestação de cuidados, garantindo a sua rápida e eficaz recuperação.

No que se refere às competências desenvolvidas neste período, foi-me dada oportunidade de *"Realizar gestão dos cuidados na área de especialização"*; *"Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei"*, *"Avaliar a adequadamente diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada"* e *"Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas"*.

✓ **Desenvolver técnicas de comunicação eficaz, facilitadoras de relação terapêutica na pessoa/família em situação crítica.**

Pelo trabalho realizado neste estágio pude aferir que a comunicação é um dos pilares fundamentais nos cuidados à pessoa/família em situação crítica, sendo a base da transmissão de informação e uma ferramenta facilitadora na relação terapêutica que se estabelece com o cliente. Esta relação é fundamental para que o Enfermeiro tenha competências na área da comunicação, pois trata-se

de uma *“ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção de enfermagem”* (Phaneuf, 2004).

No serviço de urgência é visível a qualidade científica e técnica, bem como a capacidade para comunicar entre a equipa multidisciplinar e com o cliente/família. A reunião destas competências permite uma intervenção rápida e eficaz, daí Nunes (2005, p.17) dizer que *“somos gente que cuida de gente, pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora que se traduzirá na confiança que o doente deposita nos enfermeiros”*. A qualidade da assistência prestada a quem necessita dos seus cuidados, funciona como um instrumento elementar, utilizado nos cuidados prestados aos clientes e às famílias, mas também na eficácia entre as relações na equipa multidisciplinar.

Ao ser responsável pelo meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional pesquisei artigos científicos sobre a temática da *“comunicação eficaz”*, de modo a pôr em prática neste contexto, partilhando essa informação com o enfermeiro orientador, o que se revelou bastante positivo, visto ser uma temática inerente à nossa prática profissional e, simultaneamente, transversal aos três estágios.

A comunicação terapêutica é fundamental para um tratamento eficaz nos clientes que apresentam capacidades para promover a comunicação verbal ou a não-verbal. Nos casos em que os clientes têm o seu estado de consciência alterado é de igual modo importante a relação/ comunicação terapêutica, pelo que cabe ao enfermeiro encontrar e adequar as estratégias mais eficazes para promover a relação de ajuda. Tomo aqui como exemplo uma situação que vai de encontro à estratégia de adequação referida anteriormente, pois aquando na presença de um cliente alcoolizado, foi necessário recorrer às autoridades e aos enfermeiros do sexo masculino para conseguir imobilizar o cliente, para que este entendesse, de forma assertiva, que tinha que colaborar com a equipa. Com este tipo de intervenção, consegui adquirir novas estratégias de modo que o cliente compreenda que *“somos”* cuidadores e que devemos ser respeitados para prestar cuidados eficientes. Outro caso vivenciado foi relativo a uma família de um cliente em fim de vida, internado no Serviço de Observações (SO). Neste caso a relação terapêutica foi mais direcionada para

a família, de modo a criar uma relação de ajuda neste momento peculiar onde, muitas vezes, o que é necessário é apenas um “toque”, pois, de acordo com Biscaia (1994) *“tocar de quem se cuida e trata, constitui um dos mais importantes meios de comunicação, de estar presente”*. Simultaneamente Benner (2005) refere que *“a capacidade de envolvimento com os doentes e as famílias parece fulcral para ganhar perícia na enfermagem”*.

Face às atividades desenvolvidas, anteriormente descritas, adquiri conhecimentos sobre técnicas de comunicação e integrei-as no “meu cuidar” à pessoa/família em situação crítica, relacionando-me de uma forma terapêutica no respeito e dignidade pelas suas crenças e cultura.

Assim, considero que *“Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”* e *“Mantive, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional”*.

✓ **Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica em contexto pré-hospitalar.**

De acordo com os objetivos estabelecidos durante o percurso académico e na minha carreira profissional gostaria de desenvolver/adquirir competências nos cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica em contexto pré-hospitalar. Assim, foi-me dada a oportunidade de integrar a equipa da VMER do hospital, por um período de 50 horas.

Neste estágio de observação, a equipa da VMER, pela disponibilidade e partilha de conhecimento, muito contribuiu para o desenvolvimento de competências profissionais e crescimento pessoal, não só por ser direcionado na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica mas também pela existência de uma grande variedade de patologias e situações clínicas dos clientes, por abranger todas as faixas etárias, e também pelo ambiente que nos é sempre impessoal, saímos da base sem saber o que vamos encontrar, em que ambiente vamos ter que prestar cuidados, apenas temos a informação do género, idade e diagnóstico do cliente. Aqui pude colaborar com a equipa da

VMER na prestação de cuidados no cliente crítico, proporcionando-me bons momentos de aprendizagem.

A abordagem à pessoa/família em situação crítica em contexto pré-hospitalar constituiu para mim o maior desafio ao longo deste percurso, pois é um trabalho muito significativo e complexo implicando, para quem presta cuidados neste ambiente, a mobilização de um conjunto de conhecimentos que se encontram interligados de forma a poder atuar com eficácia, eficiência e em tempo útil. Neste contexto procurei sempre intervir por prioridades na prestação de cuidados, pois, conforme defende Sheehy's (2001,p.125) *“estabelecer prioridades, merce de avaliação qualificada e intervenções adequadas, contribui significativamente para a redução da mortalidade e da morbilidade”*.

Neste campo de ação desenvolvi um novo sentido de responsabilidade e competências em Enfermagem, assumindo o cumprimento de boas práticas respeitando sempre a dignidade do cliente/família. Tomo como exemplo, uma das saídas a um lar de idosos, em que foi realizado o pedido de ajuda diferenciado para um idoso que estava com dificuldade respiratória. À chegada deparámo-nos com duas situações críticas, o idoso com dificuldade respiratória e uma idosa que sentia uma dor forte no peito. A enfermeira do lar de idosos deu-nos a informação mais relevante dos dois clientes e aí tivemos que tomar uma decisão: “qual dos dois iríamos prestar cuidados em primeiro lugar?” Colaborei com o enfermeiro e o médico na tomada de decisão e em conjunto, decidimos colocar os idosos no mesmo quarto para gerir as prioridades. Senti uma grande responsabilidade mas ao mesmo tempo confiança por parte da equipa, pois foi-me dada autonomia, com supervisão, para a prestação de cuidados a um dos idosos.

- ✓ **Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes através da dinamização de intervenções de enfermagem para a prevenção do risco de queda.**

Como forma de dar consecução a este objetivo promovi uma reunião com o Enfermeiro chefe do SUG para apresentar os meus objetivos específicos do

estágio. Nessa reunião sugeri aprofundar a temática da prevenção do risco de queda, sendo esta relevante no SUG. Apresentei o documento *“Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020 – (...) que tem como objetivo apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde”* e onde um dos objetivos/estratégias é: Prevenir a ocorrência de quedas.

Na reunião com o enfermeiro chefe, foi sinalizada a existência de uma norma interna sobre a prevenção e redução da ocorrência de quedas, pelo que sugeri pesquisar quais as estratégias de intervenção para a sua prevenção e redução e, posteriormente sensibilizar para a implementação, sendo esta de imediato aprovada, daí a realização da Revisão Integrativa da Literatura sobre *“Prevenção e Redução de Quedas: Estratégias de Intervenção”*, como ilustrado no capítulo um. Fortin (1999, p.74) considera que a revisão bibliográfica é *“(…) um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio de investigação”*, sendo que a mesma autora (1999, p.86) refere que um dos objetivos da revisão da literatura *“consiste em distinguir o que é conhecido sobre um assunto e o que falta explorar”*.

É através de um processo dinâmico de articulação e interação entre conhecimentos técnico-científicos que são prestados cuidados de enfermagem especializados, assim através destas atividades foram desenvolvidas/demonstradas as seguintes competências em enfermagem: *“Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização”*, *“Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”*, *“Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”* e *“Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização”*.

No decorrer do estágio fui convidada a assistir a uma formação em serviço sobre *“Tratamento de feridas”*, que se revelou de grande aprendizagem. O enfermeiro ajustou os diversos apósitos para o tratamento de feridas e como complemento promoveu a discussão de casos clínicos, aqui pude participar e

ser interventiva, partilhando a minha experiência sobre o cuidado ao cliente cirúrgico. Esta reunião foi um marco bastante importante, pois possibilitou a melhoria nos cuidados de enfermagem, uma vez que esta temática é bastante pertinente para que novas intervenções sejam adotadas perante o cliente no serviço de urgência. Assim, com esta intervenção foi possível *“Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada”*.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Desde os primórdios da Enfermagem, a estratégia de colocar os clientes mais graves perto um dos outros e com maior vigilância pela equipa de enfermagem, salientava a importância de uma avaliação frequente do seu estado de saúde e de uma intervenção rápida (Phipps, et al., 2003). Daí Silva (2010) referenciar que a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) foi criada e tem como objetivo centralizar três componentes: o cliente em estado crítico, o equipamento técnico mais sofisticado, por sua vez mais caro e uma equipa multidisciplinar com conhecimentos e experiência com capacidades reconhecidas para cuidar do cliente crítico. Cuidar envolve a procura do tratamento eficaz, mas também o saber enfrentar a morte, junto do cliente, da sua família e enquanto elemento integrante da equipa. Urder (2008, p.6) refere ainda *“que manter os cuidados de enfermagem é um dos maiores desafios a enfrentar”*.

Num serviço de cuidados intensivos há uma equipa de profissionais de saúde com uma educação aprofundada no campo de cuidados especializados ao cliente crítico, tem um ambiente muito próprio onde se integram as mais sofisticadas e diferenciadas intervenções, daí Marques et al. (2009, p.91) dizem que *“as unidades de cuidados intensivos são caracterizadas pelo ambiente em que se destacam aparatos tecnológicos e em que o tratamento é complexo e muito invasivo”*.

A UCIP onde realizei este estágio, foi inaugurada em Março de 1996, tendo 10 unidades individuais e 2 unidades de isolamento, suportadas por equipamentos de alta tecnologia e com capacidade de receber 12 clientes com necessidade de suporte vida. Em 2003 foi inaugurada a Unidade de Alta Dependência

(UAD), com lotação para 4 clientes, funcionalmente integrada na UCIP, vocacionada para a abordagem diagnóstica e terapêutica de clientes vítimas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) em fase aguda (nomeadamente candidatos a trombólise). A escolha por esta UCIP prende-se com o facto de ser uma UCI, que recebe clientes de várias especialidades médicas e cirúrgicas.

✓ **Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família na UCIP.**

O processo de integração na equipa foi, menos facilitador, por ser um elemento novo e externo à equipa, pelo que progressivamente, ao demonstrar motivação e postura proactiva com toda a equipa senti que gradualmente essa integração foi conseguida. Neste contínuo pude estabelecer uma relação de ajuda com os clientes/famílias e partilha/intervenção sobre problemas/dificuldades entre a equipa, com o intuito de encontrar estratégias para resolução dos mesmos e acordar no processo de tomada de decisões sobre como intervir, construindo um plano de ação. Realço estes momentos de partilha pelos ganhos bilaterais, tanto ao nível da equipa como ao nível pessoal e profissional.

O trabalho da equipa de enfermagem com a restante equipa multidisciplinar é um processo bastante enriquecedor, uma vez que a troca de informações entre os elementos permite o reconhecimento de opiniões relevantes para a tomada de decisão. Esta interajuda na prestação de cuidados está presente nas passagens de turno com reflexões acerca do cuidar dos clientes/famílias, que se constituem importantes momentos de aprendizagem. É fundamental a partilha num serviço como este, pois promove uma comunicação eficaz, fomenta a qualidade dos cuidados, aumenta os outcomes e incrementa a segurança do cliente/família (Rose, 2011).

Indo ao encontro da prestação de cuidados especializados de enfermagem contínuos e de excelência, tendo como foco as necessidades dos clientes/famílias, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos relativamente à prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da ventilação mecânica, sedação e técnicas de substituição renal. Além das intervenções mencionadas anteriormente foi-me dada a possibilidade de ainda executar e

colaborar na colocação de drenagens torácicas, entubação orotraqueal, avaliação da pressão intra-abdominal, entre outras. Estes procedimentos e técnicas invasivas ocorriam diariamente, construindo uma prática mais consistente e enriquecedora. Daí sentir a necessidade de fazer pesquisa sobre as temáticas pois, a realização destes procedimentos exigiu conhecimentos científicos e técnicos atualizados.

Inevitavelmente a prestação de cuidados de enfermagem numa UCI, obriga a um investimento cuidado na aquisição, aprofundamento e mobilização de conhecimentos teóricos e teórico-práticos por parte dos profissionais de saúde, de modo a darem a resposta adequada ao cliente/família em situação crítica.

Como refere o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010) *“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”*.

A prestação de cuidados especializados de enfermagem ao cliente crítico exige competências específicas e uma formação avançada, permitindo um planeamento das práticas de trabalho em situação crítica, maximizando a eficácia e a eficiência (Silva & Lage, 2010).

De forma a complementar o descrito anteriormente, vou relatar um episódio com um adolescente do sexo masculino que devido ao facto de apresentar instabilidade ao nível do sistema neurológico – sucessivas crises epiléticas convulsivas, foi necessária a avaliação contínua do cliente e do eletroencefalograma. Este procedimento foi uma mais-valia enquanto estudante da especialidade, uma vez que este método é pouco recorrente.

Em suma e tendo em conta o objetivo anteriormente referido considero que *revelei capacidade de reação perante situações imprevistas e complexas* na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo por base uma metodologia sustentada na evidência científica com a prestação de cuidados especializados aos clientes/famílias na UCIP e indo ao encontro da ordem dos enfermeiros que visa 7 categorias: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a

prevenção de complicações; o bem - estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

Neste processo formativo revelei ainda capacidade de planeamento num sublinhado à priorização nas intervenções de enfermagem e um aumento progressivo na autonomia. Tomo como exemplo, o facto de no início do estágio colaborar com a orientadora na prestação de cuidados a um de dois clientes que estava sobre a sua responsabilidade, e progressivamente foram-me atribuídos os dois clientes para a prestação de cuidados de enfermagem, tendo uma boa receptividade por parte da orientadora. Com a sua supervisão, fui, assim adquirindo autonomia.

Pelo atrás referido pude, *“Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização; Refletir na e sobre a prática, de forma crítica, Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família e Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada”*.

- ✓ **Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos clientes, relacionados com a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa/família em situação crítica.**

O desempenho dos enfermeiros numa UCIP é muito complexo, sendo de grande importância uma prestação de cuidados com rigor, segurança e qualidade, assim como uma maior eficácia, eficiência e efetividade. Benner (2001, p.121) afirma *“que os enfermeiros viram a sua função de diagnóstico e vigilância desenvolver-se de uma forma importante, de facto, o número de doenças e de intervenções por pessoa aumentou de uma forma exponencial no decorrer dos últimos decénios”*:

Tendo em conta o desempenho dos enfermeiros e a diversidade de contextos para intervir, tive que naturalmente, aumentar a minha capacidade de

adaptação a novos contextos de trabalho, de modo a desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente crítico.

Desde o início do estágio desenvolvi um processo reflexivo, tendo como intenção, no projeto de estágio, abordar uma temática, que fosse pertinente e contribuísse para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes nesta unidade. Após essa observação/reflexão e com a ajuda da enfermeira orientadora foi acordado que a minha intervenção seria relacionada com as IACS (Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde), nomeadamente nos isolamentos. O conhecimento sobre medidas de prevenção e controlo de infeção deve estar consolidado, para que quem lida com os mais variados tipos de infeção, os profissionais de saúde, detetem as inconformidades e desenvolvam estratégias para as colmatar. Constatei que a escassez de informação para disponibilizar ao cliente/família sobre precauções de clientes em isolamentos, pelo que, propus à enfermeira orientadora a elaboração de um cartaz informativo (Apêndice V), onde estava descrito o que era necessário para a especificidade do isolamento, com o objetivo de dar a conhecer às famílias dos clientes que estão internados nesta unidade, a proteção e prevenção devida. O panfleto descreve qual/quais as medidas preventivas bem como reforça o uso do equipamento de proteção individual.

Para a elaboração do panfleto promovi uma reunião com a enfermeira chefe do serviço que logo se disponibilizou para ajudar no processo de acreditação por parte da GCL – PPCIRA (Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos).

Aqui salienta-se a conexão desta atividade relacionada com a escolha da temática a segurança dos clientes e assim estou a dar continuidade à temática abordada no contexto do primeiro estágio.

Para maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa/família em situação crítica consultei procedimentos e protocolos (Anexo III). Observei a intervenção na prevenção e controlo de infeção à pessoa/família em situação crítica na UCIP, partilhei a revisão sistemática da literatura realizada durante a formação pós-graduada sobre a *Relevância da Tricotomia no Pré-Operatório* (Apêndice I), executei panfletos (Apêndices II, III,

IV) para que a equipa multidisciplinar da UCIP possa disponibilizar aos familiares que visitam os clientes internados nesta unidade, que estão em isolamento, e elaborei um cartaz informativo, para ser afixado na sala de espera das visitas. Ao longo deste percurso fui supervisionando e identificando dificuldades por parte da equipa dos assistentes operacionais relativamente às medidas preventivas nos isolamentos e fui respondendo a todas as dúvidas expostas. Com esta atividade pude dar continuidade à problemática de segurança dos clientes, dado ser este o objetivo transversal no decorrer dos estágios.

Regularmente, quando alguma intervenção ou procedimento realizado de acordo com as normas de boas práticas, abordava o interventor, com o intuito de sublinhar a importância do uso correto das barreiras de proteção. Não descuidando o facto de serem um forte elo no processo de garantia e segurança para o cliente. Sobre o ensino o enquadramento e o acompanhamento de pessoas menos qualificadas ou não qualificadas Hesbeen (2000, p.68) diz que este *“é um ramo da atividade que, não sendo especificamente de enfermagem, não deixa de ser importante para a prática.”*

É possível ainda acrescentar, que foi benéfico vivenciar este processo com as famílias dos clientes em isolamento, informando e tirando dúvidas para que o uso do equipamento de proteção fosse utilizado adequadamente. A parceria de cuidados com as famílias torna-se fundamental para um cuidado individualizado e holístico, sendo que este envolvimento contribui para que os enfermeiros prestem bons cuidados (Rabiais, 2003). Revelei uma atitude de completa disponibilidade para com as famílias, procurando escutá-las, não tecendo juízos de valor, dando oportunidade de aprendizagem e de verbalizarem os sentimentos, receios e dúvidas relacionados com a situação vivida, pois como diz Watson (2002, p.56) cuidar é *“um empreendimento, que define o enfermeiro, a pessoa, o nível de espaço e tempo. (...) Por esse motivo, exige estudos sérios, reflexão, ação e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar”*.

Portanto, a concretização do objetivo relacionado com a prevenção das IACS perante a pessoa/família em situação crítica é fundamentada pelo enunciado do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) que refere a competência dos enfermeiros na procura da excelência do exercício, através de uma análise crítica do trabalho efetuado reconhecendo eventuais não conformidades que mereçam mudança de comportamentos, bem como a constante atualização dos conhecimentos de modo a proceder a uma otimização segura das tecnologias que acompanham a evolução das ciências humanas (CDE, art.º88).

Nos cuidados de saúde tem-se observado relevantes transformações, pelo que se exige aos profissionais de saúde novos conhecimentos técnico-científicos baseados na evidência. Em Enfermagem os profissionais são cada vez mais confrontados com a exigência de novos saberes técnicos em detrimento do relacionamento humano (Saraiva, 2010). Peplau acrescenta que a base do trabalho do enfermeiro é a relação, sendo o cliente visto como um parceiro de cuidados. A pessoa que o enfermeiro se torna faz diferença naquilo que o cliente vai aprender (Aligood & Tomey, 2004).

Face ao atrás exposto e em análise das competências a desenvolver propostas pelo Plano de Estudos do Curso sublinho: *“A tomada de iniciativas e criatividade na interpretação e resolução de problemas na área de especialização; O desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e o zelo pelos cuidados prestados na área de especialização,* assim como promovi o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

- ✓ **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente crítico na UCIP, através da partilha das revisões da literatura.**

Com o intuito de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente crítico na UCIP, assim como *o desenvolvimento pessoal e profissional* dos enfermeiros partilhei com a equipa dois trabalhos académicos que desenvolvi durante esta formação, nomeadamente a revisão sistemática da

literatura cujo tema é: *“Prevenção e Redução de Quedas: Estratégias de intervenção”*, apresentado no capítulo I, e uma revisão integrativa da literatura com o tema: *“Qual a relevância da Tricotomia no Pré-Operatório?”* (Apêndice I). O exercício da partilha com a equipa vai de encontro da linha de pensamento de Vieira (2009, p.37) que diz que *“compete ao Enfermeiro responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem”*.

De um modo geral, fui bem acolhida pela equipa multidisciplinar, tendo feito aquisições teóricas, técnicas, relacionais e comunicacionais, além do descrito nas competências no âmbito da especialidade. Também constatei a importância da minha passagem no serviço nomeado, ao nível das reflexões realizadas durante as passagens de turno, na partilha de informação de pesquisas realizadas e pelas revisões da literatura, tendo deixado documentação alusiva no serviço para consulta.

Uma vez que a prestação de cuidados ao cliente crítico numa UCI exige formação estruturada e atualizada, de modo a permitir um desenvolvimento de aptidões para o planeamento de intervenções eficazes, penso ter alcançado este objetivo transpondo para a equipa de enfermagem a importância de conhecimentos atualizados e diferenciados. Este fato impulsiona um investimento e um desenvolvimento contínuo na aquisição e atualização de competências.

Apesar do conhecimento adquirido durante o percurso do Curso da Licenciatura, os estágios em cuidados intensivos (3 serviços distintos) trouxeram-me aptidões e sustentabilidade sobre a realidade vivida diariamente numa UCI, onde se trabalha com muita intensidade exigindo uma forte estrutura física e emocional de todos os profissionais de saúde, mas onde cada experiência é responsável pelo contínuo desenvolvimento de competências e aprofundamento de conhecimentos.

Pelo referido, este estágio acrescentou algo gratificante e compensador, pelo atrás referido acrescento que este estágio se revelou muito gratificante, uma vez que todo o trabalho desenvolvido foi compensado pela forma como os clientes me ensinaram a *“aceitar a vida”*.

Sublinho a possibilidade de ter partilhado a informação e os resultados dos artigos científicos, durante a passagem de turno e sempre que considerava oportuno e o “outro” demonstrava disponibilidade.

Considero que no decorrer deste estágio apresentei e desenvolvi competências, tais como: *“Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”*.

2.3. Bloco Operatório

O terceiro estágio – opcional, foi realizado no BO do mesmo hospital do segundo estágio, pelo que a caracterização do mesmo encontra-se explanado no capítulo anterior.

Em relação ao serviço, este é constituído por 11 salas operatórias (uma sala de indução anestésica e uma sala de sujos), uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) que é constituída por 11 unidades para vigilância e monitorização hemodinâmica, uma Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) que é constituída por 2 gabinetes onde se realiza a avaliação pré-operatória pela equipa de enfermagem e uma sala ampla de cuidados pré e pós anestésicos.

O BO oferece ao enfermeiro um vasto e diverso campo de intervenção que exige dos profissionais conhecimentos e técnicas de natureza específica. Esta afirmação é sustentada pela citação da Associação dos Enfermeiros de Sala Operatória (AESOP, 2001, p.11) que refere existir *“também gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência dos riscos e ponderação extrema sobre as normas de segurança. (...) Uma conduta que não esteja em conformidade com as normas estabelecidas, o improvisado ou a adoção de comportamentos negligentes de qualquer ordem podem ter repercussões desastrosas”*.

A minha experiência no “mundo” cirúrgico reflete-se na prestação de cuidados aos clientes no serviço de Cirurgia onde exerço funções numa envolvimento pré

e pós-operatória. Refleti muito acerca da escolha do módulo opcional, uma vez que queria que fosse o mais proveitoso possível, não esquecendo que esta área sempre foi a que me suscitou mais interesse. O facto da área de intervenção do enfermeiro peri operatório ser diversificada, relaciona-se com as competências técnicas e relacionais, sendo destacado o atendimento personalizado e individualizado. Também é valorizado o atendimento a cada cliente e o reconhecimento pela valência das diversas de especialidades cirúrgicas. Estas variáveis enalteceram a escolha pelo BO no terceiro estágio. Ao longo deste estágio penso que consegui evidenciar as minhas competências quer a nível pessoal, quer a nível profissional e qual a direção que pretendo seguir e qual/quais serão os meus próximos objetivos. De acordo como descrito, pretendendo “voar” para um mundo cirúrgico e, provavelmente, continuar a minha formação académica nesta área.

✓ **Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa no âmbito da enfermagem perioperatória, e sua família.**

Neste processo formativo e para conseguir alcançar os objetivos traçados desenvolvi uma metodologia de trabalho baseada na pesquisa bibliográfica, na reflexão crítica, nas conversas e reflexões com a equipa de enfermagem e no esclarecimento de dúvidas com a enfermeira orientadora e enfermeiros responsáveis do serviço, com o intuito de assegurar a qualidade dos cuidados especializados prestados ao cliente cirúrgico, pois como refere Hesbeen (2001, p.43) *“o acolhimento, o saber ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos enfermeiros, associados ao conhecimento científico e à competência técnica, são componentes essenciais num cuidar de qualidade”*.

Pela diversidade de especialidades cirúrgicas, a complexidade do trabalho desenvolvido neste bloco operatório requer dos profissionais um grande desenvolvimento pessoal e profissional, a colaboração e orientação torna-se muito enriquecedor para quem tem a oportunidade de realizar estágio académico nesta unidade. O enfermeiro desempenha no período cirúrgico um papel fundamental oferecendo ao cliente um cuidado autêntico com valorização e particularidade (Leitão et al, 1992).

O BO funciona com cirurgia eletiva, urgência e por vezes cirurgia de colheita de órgãos. Durante a semana (dias úteis) a cirurgia eletiva funciona até às 20h e em regime de urgência continuamente (24/24h), sendo a especialidade de Cirurgia Geral que coordena as prioridades cirúrgicas. Nesta situação cabe ao cirurgião responsável em concordância com o médico de anestesia e o chefe de equipa de enfermagem, designar as precedências. O chefe de equipa de enfermagem tem um papel relevante, pois todos os dias existe uma múltipla necessidade de cuidados diferenciados na área interventiva, nomeadamente à especificidade das diferentes especialidades cirúrgicas, na qual está adjacente a complexidade de conhecimentos e competências desenvolvidas e articuladas tanto em equipa multidisciplinar como em contexto organizacional.

A enfermagem cirúrgica tem evoluído, dando no presente maior ênfase ao cuidar holístico da pessoa para a satisfação das suas necessidades, em permutação de uma intervenção exclusivamente técnica (Gomes, 2009). Em enfermagem as raízes plantadas por Florence Nightingale têm permitido que se avance no conhecimento sobre o processo de cuidar, considerando-se a essência do saber e do fazer. Cuidar é intrínseco ao ser humano desde que existe vida, existem cuidados porque é preciso tomar conta da vida para que esta possa permanecer. Cuidar é um ato de vida (Colliere, 1999). Corroborando com Veiga (1994), citada por Peixoto (1997), o cuidar é simultaneamente um fenómeno interpessoal e uma responsabilidade profissional. Assim o enfermeiro na relação que estabelece com o cliente submetido à cirurgia (esta afeta a homeostasia do indivíduo) promove o restabelecimento da independência, indo a encontro das suas necessidades (Fernandes, 2004). Não esquecendo que as necessidades variam de cliente para cliente, cada pessoa tem que ser considerada um ser singular e único, logo a forma de satisfazer cada uma das necessidades é pessoal e individual.

Como estratégia para alcançar o objetivo proposto, em conjunto com os enfermeiros responsáveis e a enfermeira orientadora, decidimos que o meu percurso começaria com a realização dos primeiros dez turnos em diferentes equipas de enfermagem, para que deste modo as minhas expectativas e atividades aumentassem gradualmente nas diferentes especialidades

cirúrgicas. Para que esta estratégia fosse possível contei com o apoio de uma equipa de enfermagem apta para formar e produzir cuidados de enfermagem de qualidade.

Durante o estágio prestei cuidados ao nível do exercício das funções de enfermeiro de anestesia e enfermeiro circulante. Foram igualmente asseguradas funções no pós-operatório imediato na UCPA e UCA. Colaborei ainda durante duas intervenções cirúrgicas como instrumentista, experiência que apreciei muito, não só pela parte prática mas também pela confiança que senti por parte da equipa de enfermagem. Foi sem dúvida um voto de confiança com ganhos na visão do ato cirúrgico, visto que colaborei diretamente no mesmo. De acordo com a European Operating Nurses Association citado por AESOP (2006,p. 110) *“os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos tem o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem numa unidade perioperatória”*.

Durante o meu período na UCA tive a perceção de que a consulta pré-operatória de enfermagem é fundamental nesta metodologia de trabalho. Compreendi que nesta unidade a consulta pré-operatória é realizada apenas em três especialidades, pelo que questioneei a enfermeira orientadora, que referiu que, para que esta consulta seja programada para todas as especialidades, é necessário que disponibilizem mais enfermeiros para a sua realização. A consulta pré-operatória é vantajosa no sentido que permite ao enfermeiro uma aproximação, o conhecimento e a identificação dos problemas da pessoa para a cirurgia (AESOP, 2001).

Na UCPA a atuação do enfermeiro segue competências específicas inerentes às práticas de enfermagem no pós-operatório imediato, ou seja, na prevenção de complicações anestésicas/ cirúrgicas, na deteção precoce e no tratamento de complicações que não são evitáveis (por exemplo: hemorragias, paragem cardiorrespiratória, instabilidade hemodinâmica, entre outras). A intervenção do enfermeiro na UCPA está intimamente relacionada com a implementação de respostas a complicações no pós-operatório imediato, com o intuito de uma eficaz reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico num ambiente de

segurança e conforto, visto que a vigilância prudente e a observação precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do cliente (Benner, 2001).

Enquanto estudante do curso de mestrado em enfermagem, prestadora de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, desenvolvi durante este percurso competências de modo a dar resposta a situações complexas, estabelecendo prioridades na intervenção ao cliente, no pré, intra e pós-operatório imediato. Aqui tinha uma experiência significativa, que se revelou na interação com os clientes assim como a partilha com a equipa de enfermagem. Assumindo este estágio como basilar sugeri o planeamento de um turno com um enfermeiro responsável de modo a conhecer a dinâmica e responsabilidade da sua atividade como gestor de materiais e como gestor de recursos humanos no universo do bloco operatório. Neste dia em que acompanhei o enfermeiro responsável, reconheci a importância do seu papel funcional neste serviço, e na área de gestão das solicitações ao qual está, permanentemente, a ser requerido, exigindo um conhecimento global de todo o funcionamento e dinâmicas do BO, bem como das burocracias associadas.

Neste contexto de estágio adotei uma postura pró-ativa, de investimento e desenvolvimento de conhecimento das competências desenvolvidas entre as diferentes áreas de intervenção. Enquanto prestadora de cuidados de enfermagem especializados no intra-operatório foi muito estimulante a receptividade por parte da equipa de enfermagem, assim como da equipa médica, dado esta conhecer o meu trabalho na enfermaria, e por isso transmitiram ter confiança na minha prestação, o que foi muito gratificante.

A mobilização de conhecimentos adquiridos, aliados à prática de cuidados especializados de enfermagem, foi um pilar fundamental para o meu crescimento profissional, tendo-se constatado diariamente no serviço onde exerço funções os momentos de partilha e de apoio face a diversas situações despertando a equipa (da qual faço parte) para novos conhecimentos e desafios. Foi também reconhecido o meu processo de crescimento pessoal e profissional pela chefe do serviço, enfermeiras responsáveis e como elemento integrador de novos elementos e chefe de equipa, tornando-se um desafio ao

meu desempenho e desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências científicas, técnicas e humanas.

No que se refere às competências desenvolvidas/adquiridas neste período, saliento que: “ *Demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização e Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos*”.

- ✓ **Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados aos clientes na transmissão/transferência de informação na equipa multidisciplinar.**

Defini como objetivo geral deste estágio desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, interpessoais e sistémicas no domínio da enfermagem perioperatória no Bloco Operatório. Daí ter elaborado uma folha de registo de enfermagem (Apêndice VI) que visa a melhoria da transmissão de informação na equipa multidisciplinar.

Os cuidados de saúde têm sofrido relevantes transformações, pelo que exige novos conhecimentos técnico-científicos baseados na evidência, tal como refere Saraiva (2010), “ *o ato de Enfermagem é cada vez mais confrontado com a exigência de novos saberes técnicos em detrimento do relacionamento humano*”.

De modo a evitar lacunas na comunicação que pode causar quebras graves na continuidade de cuidados devem ser implementados procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, bem como no tratamento adequado para o cliente. Assim, a comunicação é um pilar fundamental para a segurança do cliente, especialmente, quando existe transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde (Diário da Republica – Despacho1400-A/2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 foi a base do meu projeto já iniciado no primeiro estágio. Este projeto foi reformulado e atualizado para o segundo estágio, dando continuidade ao desenvolvimento do mesmo, focando-me, agora, no aumento da segurança na comunicação. Uma vez

identificando esta necessidade formativa sugeri a realização da intervenção para o contínuo melhoramento dos cuidados de enfermagem, pelo que, criei uma folha de registos das intervenções de enfermagem, no pré, intra e pós-operatório imediato, de modo a existir uma articulação eficaz com os restantes serviços. Os registos na prestação de cuidados de enfermagem são fundamentais, indo ao encontro com a linha de pensamento de Hesbeen (2001, p.144) que refere que *“o registo escrito é necessário não só para formalizar, mas também e sobretudo, para transmitir com rigor tudo o que se passou e tudo o que é importante partilhar”*.

O BO enquanto serviço articula a sua atividade com os diferentes departamentos cirúrgicos existentes no hospital, nomeadamente a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, a Unidade Cuidados Intensivos Neonatais, o Serviço de Pediatria, os Serviços Complementares de Diagnóstico, os Serviços de Cirurgia Geral, o Serviço de Especialidades Cirúrgicas, o Serviço de Cardiologia, o Serviço de Ortopedia, o Serviço de Urologia e o Serviço de Especialidades Médicas, pelo que através do meu projeto de intervenção será possível uma eficaz partilha de informação como um contributo para a gestão adaptada do cliente cirúrgico, assim como para a melhoria de gestão de tempo e de partilha de informação entre os vários serviços, impulsionando uma otimização de recursos.

É fundamental que em Enfermagem haja perceção e necessidade de dar visibilidade à nossa prática, não só como percursor da sua identidade profissional, mas também no desenvolvimento para a excelência do cuidar. Os registos de enfermagem integram um exemplo de uma estratégia fulcral para oferecer visibilidade à nossa prática profissional.

Reconheço que o fato de estar integrada na equipa, no serviço e na instituição foi facilitador na articulação com a equipa multidisciplinar e na contribuição para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Também o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar subsidiou o meu desempenho, contribuindo para a concretização de um projeto formativo que considero relevante.

3. CONCLUSÃO

Na perseguição da excelência dos cuidados de saúde, motivou-me a procura de mais conhecimento teórico fundamentado que pudesse mobilizar para a prática de forma reflexiva e crítica e que no processo de mudança pudesse transferir para o meu agir profissional esses conhecimentos e competências. Para tal, fui ao encontro de novos conhecimentos encontrando no Mestrado Profissional em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica os conteúdos em contexto letivo para uma prática de cuidados especializados de enfermagem que se querem de excelência. Como preconizado por Honorré (2002, p.99) *“a formação em saúde não deve ser prescritiva, mas descoberta, revelação, apoio mútuo, acompanhamento em função dos acontecimentos ao longo da vida”*, sendo este um processo contínuo a nível pessoal e profissional.

A Segurança nos cuidados de Enfermagem ao cliente crítico foi o foco de interesse desenvolvido ao longo dos três estágios, direcionando as minhas atividades na edificação de um agir sustentado na prática baseada na evidência. Consequentemente, reconheço e valorizo a importância da investigação na prática em Enfermagem, sendo esta de grande contributo para o desenvolvimento de uma atitude reflexiva/fundamentada. Neves (2004, p.47) salienta a importância da reflexão referindo que esta *“permite sair um pouco da ação para voltar a ela de uma forma mais esclarecida, mais iluminada, provavelmente, mais humana ou humanizadora”*.

Realizei os estágios em contexto de referência que considerei serem uma mais valia para o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. A relação entre os conhecimentos teóricos e a prática realizada nos três estágios contribuíram, para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, permitindo um olhar crítico e reflexivo. Este percurso proporcionou-me o ganho de responsabilidades com a profissão e com a sociedade em geral.

Neste processo formativo foi meu propósito mobilizar conhecimentos de forma a efetivar a mudança, com o intuito da melhoria contínua dos cuidados

especializados em enfermagem e a satisfação das necessidades e segurança da pessoa em situação crítica.

Relativamente aos objetivos traçados, considero tê-los alcançado, contudo consciencializei-me da necessidade de continuar a aprofundar conhecimentos, e refletir na prática o que irá contribuir para o reconhecimento profissional. Indo ao encontro da linha de pensamento de Leite (2006) desenvolvi e alarguei a minha capacidade reflexiva, de mobilização e articulação do conhecimento assente não só na teoria, mas também na prática. Uma vez que o Enfermeiro Especialista é um profissional considerado perito, por demonstrar um conhecimento profundo da pessoa com uma visão holística, numa determinada fase do seu ciclo de vida, com um elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, ser promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da investigação de novas dimensões do cuidar, assim como ser empreendedor da mudança.

Esta experiência clínica suscita em mim uma preponderância positiva, visto que para além de tudo o que já foi referenciado permitiu-me refletir sobre as minhas ações e conduta enquanto profissional de saúde, transformando a minha prática clínica através do desenvolvimento de competências, de reflexão e análise baseada na evidência. Considero que agi sempre de forma reflexiva, empenhada, responsável e ética ao longo dos estágios, mantendo uma postura adequada como estudante, preservando de forma contínua e autónoma o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

As limitações sentidas ao longo deste percurso remetem-se para a necessidade de gerir o tempo da melhor forma, comprometendo, por vezes, a disponibilidade para o estudo e pesquisa, e aqui sublinho a importância da leitura visto ser determinante para a fundamentação de reflexões, bem como no processo de estruturação do relatório.

Relativamente aos trabalhos desenvolvidos nos estágios estes foram transversais e subsidiaram o conhecimento e aprendizagens onde foi demonstrado aprofundamento sobre as temáticas e feita a divulgação dos resultados obtidos.

Quanto aos objetivos descritos na introdução considero tê-los alcançado pois demonstrei desenvolvimento de competências no âmbito da prestação cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família.

De uma forma geral, considero este percurso muito gratificante e desafiador, constituindo uma aprendizagem bastante enriquecedora, propondo-me a continuar o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Abrantes et al., 2013. Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *ABCS Health Sciences*, Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde.
- ✓ Abreu et al., 2012. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Revista Latino-Am. Enfermagem*.
- ✓ Alarcão, I. 2001. *Formação Reflexiva*. Revista Referência. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=formaçãoreflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076 .[Consultado em 15 de Outubro de 2015].
- ✓ Alligood, A. & Tomey, M. 2004. *Teóricas de Enfermagem e sua obra*, 5ª Edição, Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-74-6.
- ✓ Alminhas, S. 2007. Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Revista Sinais Vitais*, Coimbra, Novembro, pp. 57-60.
- ✓ Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). 2006. *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. Lisboa, Espaço Gráfica.
- ✓ Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). 2006. *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa, Lusodidacta.
- ✓ Barradas, et al., 2009. «O cuidar multicultural como estratégia no futuro». *Nursing: revista de continuação contínua em enfermagem*, n.º 252, Lisboa.
- ✓ Benner, P. 2001. *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*, Coimbra, Quarteto Editora.
- ✓ Benner, P. 2005. *De iniciado a perito*, Coimbra, Quarteto Editora. ISBN: 989-558-052-5.
- ✓ Biscaia, J. 1994. *Alguns problemas de bioética em saúde*. Cadernos de Bioética.
- ✓ Collière, M. 1989. *Promover a vida*. 3ª Edição, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, ISBN 972-757-109-3.

- ✓ Collière, M. 1999. *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Lidel, Edições Técnicas, ISBN 272 96-0009-4.
- ✓ Deodato, S. 2008. *Responsabilidade profissional em enfermagem: Valorização da sociedade*, Coimbra, Edições Almedina, ISBN: 978-972-40-340-0.
- ✓ *Despacho nº1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020*. Diário da Republica, 2ª serie – Nº28 – 10 de fevereiro de 2015.
- ✓ Dias, M. & Ferreira, P. 2014. Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, nº2, Maio-Junho, pp.153-161.
- ✓ Dingwall, A. 1980. *In Working in teams*. Londres. Macmillan.
- ✓ Estrela, et al. 1978. *A Técnica dos Incidentes Críticos no Ensino*. Lisboa, Editorial Estampa Lda.
- ✓ Fernandes, J. & Venâncio, D. 2004. *Um olhar sobre o cuidar em contexto cirúrgico*. Informar, nº32.
- ✓ Freitas, G. 2007. *Uma contribuição acerca da fenomenologia e dos cuidados de enfermagem*. nº 21 p. 5-7. Disponível em: <http://www.index-f.com/cultura/21pdf/21-5.pdf> [Consulta em 23 Abril 2016].
- ✓ Freitas et al., 2011. Cuidado de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*.
- ✓ Fortin, M. 1999. *O processo de investigação-da conceção à realização*, Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-10-X.
- ✓ Galvão, C. 2009. Estratégias para a segurança do paciente cirúrgico. *Ata Paulista de Enfermagem*, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023850008&idp=1&cid=787832> [Consultado em 10 Março de 2016].
- ✓ Gomes, N. 2009. *O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas*.
- ✓ Hesbeen, W. 2000. *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*, Loures, Lusociência.
- ✓ Hesbeen, W. 2001. *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*, Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-20-7.

- ✓ Honoré, B. 2002. *A Saúde em Projeto*, Loures, Lusociência.
- ✓ Kron, T. & Gray, A. 1989. *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de segurança*. 6ª edição, Rio de Janeiro, Interlivros, pp.11-19.
- ✓ Lamas, B. 2014. *Risco de queda: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem*, Livro de Comunicações e Conferencias, ISBN: 978-989-98443-6-0.
- ✓ Le Boterf, G. 1994. Modelos de Aprendizagem em Alternância na Comunidade: Cinco desafios a enfrentar. *Revista Formar.*, nº10, Lisboa, Fevereiro/Março/Abril, pp.40-46.
- ✓ Le Boterf, G. 2003. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3. Edição, Porto, Alegre: Bookman.
- ✓ Leitão, J. 1992. Contributo da relação enfermeiro/utente no comportamento do doente cirúrgico. *Nursing*, nº57.
- ✓ Leite, L. 2006. Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências. In II Congresso da ordem dos enfermeiros, 3º painel, Lisboa, 2006 [Em linha]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/Files/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf> [Consultado em 28 de Setembro de 2016]
- ✓ Lippincott, W. & Wilkins. 2005. *Enfermagem em Cuidados Críticos – Incrivelmente Fácil!* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, ISBN 85-277-1084-6.
- ✓ Malta, et al., 2012. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. *Revista de Saúde Pública*.
- ✓ Marques, et al., 2009. Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista Enfermagem*, Rio de Janeiro, nº7 (1): Janeiro - Março, pp.91-95.
- ✓ Meleis, A. 1997. *Theoretical Nursing: Development and Progress*, 3ª Edição, Philadelphia, Lippincott-Raven Publisher.
- ✓ Meleis, A. 2005. *Theoretical Nursing: Development and Progress*, 3ª Edição, Philadelphia: Lippincott Williams and Williams, ISBN 0-7817-5767-3.

- ✓ Mendes. et al., 2008. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis.
- ✓ Neeb, K. 2000. *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-14-2.
- ✓ Neves, M. & PACHECO, S. 2004. *Para uma ética da enfermagem – Desafios*, Coimbra, Gráfica de Coimbra, ISBN 972-603-326-8.
- ✓ Nunes, L. et al., 2005. *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*, Lisboa, Edição Ordem dos Enfermeiros, ISBN 972-99646-0-2.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. 2003. *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. 2009. Modelo de Desenvolvimento Profissional: *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Caderno Temático.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros: *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros: *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Aprovado em Assembleia Geral de 22 de outubro de 2011.
- ✓ Peixoto, I. & Candido, M. 1997. Visita pré-operatória: Reflexo na Ansiedade dos Doentes. *Revista Enfermagem Agora*, nº6, 2ª série.
- ✓ Phaneuf, M. 2004. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*, Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-84-3.
- ✓ Phipps et al., 2003. *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*, 2.ª ed. Lisboa, Lusodidacta, ISBN 972-96610-0-6.
- ✓ Rabiais, I. 2003. Saber ser... implica acompanhar. *Acontece Enfermagem*, Lisboa. Ano II, nº 6, 2º Semestre.
- ✓ Rose, L. 2011. *Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? Nursing in the Critical Care*.
- ✓ Saraiva, D. 2010. Tecnologia aplicada à saúde: Reflexão á luz da bioética. *Nursing*. Lisboa n.º 258, ISSN 0871- 6196.

- ✓ Sheehy's, S. 2001. *Enfermagem de Urgência – da Teoria à Prática*, 4ª Edição, Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-16-9.
- ✓ Silva & Lage, 2010. Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf> [Consultado em 5 de Outubro de 2015].
- ✓ Vieira, M. 2009. *Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência*. 2ª Edição, Lisboa, Universidade Católica Editora, ISBN: 978-972-54-0195-8.
- ✓ Watson, J. 2002. *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*, Loures, Lusociência.
- ✓ Urden, L. et al., 2008. *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e Intervenção*, 5.ª ed., Lisboa, Lusodidacta.
- ✓ Zagonel, I. 1999. O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana*. Disponível em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/> [Consultado em 27 de Maio de 2016]

APÊNDICES

APENDICE I: “ Qual a relevância da Tricotomia no Pré-Operatório?”- Revisão Sistemática da Literatura



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUAL A RELEVÂNCIA DA TRICOTOMIA NO PRÉ-OPERATÓRIO?

Revisão sistemática da literatura

Unidade Curricular:

Enfermagem médico-cirúrgica II-Módulo II

Discentes: João Sobrinho; Marisa Fernandes; Samuel Fonseca

Docente: Prof. Dr. Sérgio Deodato

Lisboa, Abril de 2015

RESUMO

A tricotomia é ainda uma prática muito comum nos cuidados prestados ao cliente cirúrgico no pré-operatório em Portugal. No entanto, a evidência baseada na prestação de cuidados de enfermagem veio suscitar-nos dúvidas acerca das vantagens/desvantagens da realização da tricotomia nos cuidados pré-operatórios. Foi portanto com o intuito de responder a estas dúvidas que realizámos este artigo.

Os artigos encontrados demonstram que a realização de tricotomia como intervenção pré-operatória deve ser realizada em casos estritamente necessários, nomeadamente, quando a visualização do local cirúrgico para a incisão é prejudicado, visto que, a realização de tricotomia, principalmente quando realizada precocemente, aumenta significativamente o risco de infeção da sutura operatória no pós-operatório imediato.

Palavras-chave: Tricotomia; cuidados pré-operatórios; cirurgia

ABSTRACT

The hair removal is still a very common practice in the care provided to surgery patients preoperatively in Portugal. However the evidence based on the provision of nursing care has given rise to us doubts about the advantages / disadvantages the day of trichotomy in preoperative care. It was therefore in order to answer these questions we conducted this article.

Articles found demonstrate that the performance of trichotomy as preoperative care should be performed when strictly necessary, particularly when viewing the surgical site to the incision is impaired, since the realization of hair removal, especially when performed early, increases significantly the risk of infection of the surgical suture in the immediate postoperative period.

Key-words: Hair removal; preoperative care; surgery

INTRODUÇÃO

A infeção é reconhecida como um fator predominante em qualquer pós-operatório, representando uma complicação importante e elevado contributo na mortalidade, morbilidade e custos em cirurgias.

Existem múltiplos fatores que reforçam a afirmação anterior que estão associados a infeção do local cirúrgico, alguns associados ao estado geral do cliente e seus hábitos de vida e outros às características do ato cirúrgico, nomeadamente à realização de tricotomia, preparação da pele no bloco operatório, a higienização das mãos e caracterização da ferida (Almazan et al, 2008).

A revisão da literatura assiste na documentação/ fonte das nossas ideias enriquecendo a justificação da pergunta de investigação, através de um exercício crítico pertinente sobre um domínio de investigação (Fortin, 1999).

Assim, o objetivo deste trabalho é determinar a relevância da tricotomia na intervenção cirúrgica, realçando os elementos comuns e divergentes segundo a síntese dos artigos que fundamentaram a base desta revisão da literatura.

O método de tricotomia consiste na remoção de pelos da área circunscrita à incisão operatória com o auxílio de dispositivos cortantes na fase pré-operatória (Gebrim, L. et al, 2014), sendo um tema debatido em muitas equipas multidisciplinares de diversas instituições de saúde que prestam cuidados de saúde no pré-operatório. Este procedimento dependendo do local anatómico é desnecessário em várias cirurgias, mas em outras facilita a visualização da área de incisão cirúrgica.

Deverá existir uma avaliação criteriosa para a necessidade de realizar tricotomia. Segundo Coelho et al citado por Ferraz et al “ a tricotomia pode modificar a microbiota do campo operatório. Há um aumento do índice de infeção da ferida quando a tricotomia é realizada com mais de 24 horas”.

METODOLOGIA

Em contexto de aula surgiu a problemática já identificada que nos levou à seguinte questão: Qual a relevância da tricotomia na intervenção cirúrgica?

Procedeu-se então a uma revisão sistemática da literatura segundo Fortin, M. como tentativa de encontrar resposta à questão levantada, sendo que para a

identificação dos descritores foi utilizada a base de indexação DeCS, tendo sido selecionados os seguintes descritores e respectivos identificadores únicos: tricotomia/hair removal (D006204); cuidados pré-operatórios/preoperative care (D011300); cirurgia/surgery (Q000601).

As plataformas usadas para a pesquisa foram a Scielo; PubMed e RCAAP.

Como critérios de inclusão foram selecionados apenas artigos nas línguas Portuguesa, Inglesa ou Espanhola e que abordassem a temática selecionada identificando as vantagens ou desvantagens da sua prática.

Na pesquisa da plataforma RCAAP que se efectuou da seguinte forma *“tricotomia (descrição) E cuidados pré-operatórios (descrição)”* obtivemos um total de 0 resultados, no entanto na mesma plataforma utilizando *“tricotomia (descrição) E cirurgia (descrição)”* obteve-se um total de 4 resultados, sendo que apenas 2 respondiam à questão de investigação levantada. Os restantes artigos foram excluídos.

Ao pesquisar na Scielo com *“tricotomia (resumo) AND cuidados pré-operatórios (resumo)”* obtivemos novamente 0 resultados, no entanto mudando um descritor da seguinte forma *“tricotomia (resumo) AND cirurgia (resumo)”* encontramos 3 resultados em que dois deles foram automaticamente excluídos por se encontrarem em duplicado com a pesquisa anterior.

Por fim na PubMed com a pesquisa *“hair removal (title/abstract) AND preoperative care (title abstract)”* não encontramos nenhum resultado, no entanto o mesmo não se verificou com *“hair removal (title/abstract) AND surgery (title/abstract),* em que surgiram 107 artigos, no entanto nenhum destes foi selecionado, devido à impossibilidade de aceder ao artigo na íntegra, porque para tal era necessária a subscrição pagante das revistas onde estes se encontravam.

Estas pesquisas foram conduzidas por três investigadores de forma independente e por múltiplas vezes, em diferentes momentos mas sempre com os mesmos resultados.

De um total de 114 artigos encontrados resumimos a pesquisa final em 3, os quais foram submetidos a uma leitura completa e rigorosa a fim de tentar responder à questão de investigação levantada.

Após a seleção dos artigos que identificámos como pertinentes para dar resposta à nossa questão de investigação, realizámos uma leitura mais pormenorizada dos mesmos, cruzando alguns dados em comum, e deste modo, chegar a uma

conclusão que nos permitisse tomar uma posição em relação à incerteza de realizar ou não realizar tricotomia no pré-operatório.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Concluída a revisão na íntegra de todos os artigos pesquisados e após a exclusão dos que não se adequavam ao estudo, ficámos com um conjunto de 3 artigos, que iremos apresentar em formato de tabela para melhor sintetizar os mesmos.

Tabela 1: *Síntese do artigo incluído na revisão sistemática da literatura*

Nome do artigo	Controle de infeção em cirurgia geral – Resultado de um estudo prospetivo de 23 anos e 42.274 cirurgias
Autores	Edmundo Machado, Ferraz; Alvaro Antônio Bandeira, Ferraz; Tércio Souto, Bacelar; Helena Suely T., D’Albuquerque; Maria das Dores Maia M., Vasconceles; Cristiano Sousa, Leão.
Publicação	Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Ano	2001
Idioma	Português
Resultados	Verifica-se que a tricotomia pode modificar a flora do campo operatório. Há um aumento do índice de infeção da ferida quando a tricotomia é realizada com mais de 24h de antecedência

Tabela 2: *Síntese do artigo incluído na revisão sistemática da literatura*

Nome do Artigo	Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infeção do sítio cirúrgico em gastrocirurgias
Autores	Vanessa de Brito, Poveda; Cristina Maria, Galvão; Miyeko, Hayashida.
Publicação	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Ano	2003
Idioma	Português
Resultados	A remoção do pelo com lâmina da região a ser operada, na noite anterior à cirurgia é associada a um aumento significativo do risco

	de infeção. Atualmente recomenda-se a realização da tricotomia imediatamente antes da cirurgia (prazo máximo de 2 horas) e se estritamente necessária, com a utilização preferencialmente de tricotomizador elétrico
--	--

Tabela 3: Síntese do artigo incluído na revisão sistemática da literatura

Nome do artigo	Tricotomia preoperatoria: Aspectos relacionados con la seguridad del paciente
Autores	Cyanéa Ferreira, Lima Gebrim; Lorena Morena Rosa, Melchior; Neyuska, Menezes Amaral; Regiane Aparecida Santos, Soares Barreto; Marinésia Aparecida, Prado Palos.
Publicação	Enfermería Global
Ano	2014
Idioma	Espanhol
Resultados	Este estudo demonstra que a tricotomia realizada no pré-operatório de uma cirurgia limpa tem impacto no aparecimento de infeções do local cirúrgico. Evidência também que quanto menor o tempo entre a tricotomia e a intervenção cirúrgica menor também o risco de colonização da ferida. Refere ainda que se indispensável, a tricotomia deverá preferencialmente ser utilizada por um dispositivo próprio elétrico, uma vez que diminui a possibilidade de lesão da pele.

Da revisão sistemática da literatura realizada recolhemos um total de três artigos, que cumprem os critérios de inclusão com vista a responder aos objetivos originados pela resposta de investigação.

Podemos, então, observar que a realização de tricotomia pode modificar a disposição microbiológica do campo operatório, conseqüentemente, aumentando o risco de infeção da ferida operatória (Ferraz *et al*, 2001).

Em concordância encontra-se Poveda *et al* (2003) que refere, inclusivamente, que quanto menor o tempo entre a tricotomia com lâmina e a cirurgia, menor a probabilidade de ocorrer infeção do local cirúrgico e, recomenda inclusivamente, que a realização da tricotomia seja realizada apenas se estritamente necessária e imediatamente antes da cirurgia (até um prazo máximo de 2 horas). O autor refere

ainda que havendo necessidade de tricotomia, esta deveria ser feita preferencialmente por um tricotomizador elétrico, a fim de evitar as micro-lesões da pele causadas pela lâmina que são potenciadoras de infeções.

Mais recentemente Lima Gebrim *et al* (2014) continuam a corroborar a linha de pensamento dos estudos aqui previamente mencionados referindo que se deve proceder à tricotomia nos cuidados pré-operatórios se estritamente necessário, afirmando no seu estudo que 15,9% dos clientes que foram submetidos a tricotomia desenvolveram infeções do local cirúrgico. Segundo os mesmos é um valor muito superior ao admitido pela literatura que refere valores de 1% a 5%, o que os levou a declarar que o método de tricotomia demonstrou forte inconformidade com os princípios da cirurgia segura.

Da revisão sistemática da literatura efetuada e dos resultados aqui apresentados podemos observar que existe concordância entre os autores na temática da tricotomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional de saúde, nomeadamente o Enfermeiro, está diretamente relacionado com o procedimento referido ao longo do trabalho, nomeadamente a tricotomia, tendo em conta que quer seja no pré-operatório imediato ou 24/48h antecedentes à cirurgia cabe ao enfermeiro acolher o cliente e realizar os ensinamentos do pré-operatório, ou seja, apoiando-o emocionalmente e fornecendo-lhe a informação necessária e conhecimentos que durante este período tornam-se uma mais-valia. Verifica-se que o conhecimento sobre esta temática constitui um foco de interesse primordial para a enfermagem, é fundamental que existam formações periódicas nas unidades de saúde para que seja realizado este e outros procedimentos de enfermagem de acordo com estudos e evidências recentes.

Segundo Gebrim *et al* (2014) “ pesquisas confirmam que o uso inadequado dos dispositivos utilizados para tricotomizar, podem causar danos nas camadas profundas da pele. (...) Esses por sua vez favorecem o crescimento de micro-organismo, a colonização e eventual Infecção”.

Na necessidade de tricotomia, devemos ter em conta dois indicadores: procedimento de realização de tricotomia no período máximo de duas horas antes da cirurgia e utilizar tricotomizador elétrico. Estes indicadores trazem-nos uma reduzida percentagem de risco de infeção da sutura operatória. (Gebrim *et al*, 2014)

Coelho et al, citado por Ferraz et al “ (...) realizamos a tricotomia cerca de uma hora antes da cirurgia e apenas no local da incisão, o suficiente para a colocação de curativo oclusivo”.

No entanto, a tricotomia deve ser referenciada nas instituições por protocolos para segurança dos profissionais de saúde e clientes.

Os resultados da análise criteriosa evidenciaram a necessidade de mudanças e mais investimento na realização de novos trabalhos de investigação sobre esta temática com o intuito dos profissionais de saúde realizarem as suas intervenções com base teórica fundamentada e em conformidade com a Organização Mundial de Saúde, com o objetivo primordial da melhoria/qualidade dos cuidados de saúde na intervenção cirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ ALMAZAN, Martin; AGUILAR, Martin et al. – Infeccion del sitio operatorio en cirugia abdominal no traumática. [Em linha]. [Consult. 14 Abril 2014]. Disponível em: <http://circiruj.edilaser.net/es/pdf/7602/2008-76-02-127-131.pdf>
- ▶ FERRAZ, Edmundo; FERRAZ, Álvaro et al. – Controle de Infecção em cirurgia geral – Resultados de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. [Em linha]. [Consult. 14 Abril 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912001000100005&script=sci_arttext
- ▶ FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação – da conceção à realização. Loures: Lusociência. 68, 70, 74, 75 p. ISBN 972-8383-10-X
- ▶ GEBRIM, Lima; FERREIRA, Cyanéa et al. – Tricotomia pré-operatória: aspectos relacionados à segurança do paciente. [Em linha]. [Consult. 14 Abril 2014]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_administracion3.pdf

APENDICE II: Panfleto: “*Isolamento da Via Aérea*”

Colocação do Equipamento de Proteção Individual



1º Higiene das mãos

2º Colocar máscara



3º Colocar bata

4º Desinfetar as mãos



5º Colocar luvas

REMOÇÃO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



1º Retirar luvas

2º Retirar bata



3º Desinfetar as mãos

4º Retirar máscara



5º Higiene das mãos

Retire o equipamento e coloque-o no lixo branco.

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

ISOLAMENTO DE VIA AÉREA



Autorea: EnFª Fernandes, M. Orientadora: EnFª Santos, S. Prof. Dr.ª Madureira, M.

Isolamento de Via Aérea

O seu familiar com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por núcleos de partículas;

- As partículas permanecem suspensas no ar, podendo ser transportadas a longas distancias através de correntes.



NÃO ENTRE SEM FALAR CONOSCO!

Todos devem CUMPRIR:



Higienização das mãos



Uso de máscara



Uso de Bata



Uso de Luvas

Recomendações importantes:



- Restringir o número de visitas;
- Realizar higienização e desinfeção das mãos antes de entrar e depois de sair do quarto;
- Não partilhar objetos pessoais;
- Uso obrigatório de máscara;
- Manter a porta fechada.

APENDICE III: Panfleto: “*Isolamento de Contato*”

Colocação do Equipamento de Proteção Individual



1º Higiene das mãos

2º Colocar máscara



3º Colocar bata

4º Desinfetar as mãos



5º Colocar luvas

REMOÇÃO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



1º Retirar luvas

2º Retirar bata



3º Desinfetar as mãos

4º Retirar máscara



5º Higiene das mãos

Retire o equipamento e coloque-o no lixo branco.

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ISOLAMENTO DE CONTATO



Autora: EnF. Fernandes, M. Orientadora EnF. Santos, S. Prof. Dr.ª Madureira, M.

Isolamento de Contacto

O seu familiar com suspeita ou confirmação de estar infetado ou colonizado por microrganismos que possam ser transmitidos por:

- Contacto direto (do doente com outra pessoa);
- Contato indireto com o doente através de:
 - ✓ Mãos;
 - ✓ Superfícies;
 - ✓ Utensílios do ambiente;
 - ✓ Dispositivos médicos.



NÃO ENTRE SEM FALAR CONOSCO!

Todos devem CUMPRIR:



Higienização das mãos



Uso de máscara



Uso de Bata



Uso de Luvas

Recomendações importantes:



- Restringir o número de visitas;
- Realizar higienização e desinfeção das mãos;
- Não partilhar objetos pessoais;
- Sempre que possível manter a porta fechada.

APENDICE IV: Panfleto: “*Isolamento de Gotículas*”

Colocação do Equipamento de Proteção Individual

- 1º Higienizar as mãos
- 2º Colocar máscara
- 3º Colocar bata
- 4º Desinfetar as mãos
- 5º Colocar luvas

REMOÇÃO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

- 1º Retirar luvas
- 2º Retirar bata
- 3º Desinfetar as mãos
- 4º Retirar máscara
- 5º Higienizar as mãos

Retire o equipamento e coloque-o no lixo branco.

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS

Autora: EnF. Fernandes, M. Orientadora EnF. Santos, S. Prof. Dr.ª Madureira, M.

Isolamento de Gotículas

O seu familiar com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas a curtas distâncias:

- Transmissível através de: tosse, espirro e fala




NÃO ENTRE SEM FALAR CONOSCO!

Todos devem CUMPRIR:

- Higienização das mãos
- Uso de máscara
- Uso de Bata
- Uso de Luvas

Recomendações importantes:



- Restringir o número de visitas;
- Realizar higienização e desinfecção das mãos;
- Não partilhar objetos pessoais;
- Uso obrigatório de máscara;
- Sempre que possível manter a porta fechada.

APENDICE V: Póster: “O seu familiar está em Isolamento... O que Significa?”



O SEU FAMILIAR ESTÁ EM ISOLAMENTO...O QUE SIGNIFICA?

- NÃO ENTRE SEM FALAR COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM E/OU MÉDICA!



RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES:

- Restringir o número de visitas;
- Realizar higienização e desinfeção das mãos antes e depois do contacto com o seu familiar;
- Não partilhar objetos pessoais;
- Sempre que possível manter a porta fechada.



Higienização das mãos



Uso de máscara



Uso de Bata



Uso de Luvas

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Autores: Eniª Fernandes, M; Orientadores Eniª Santos, S; Prof. Dr.ª Madureira, M.

Isolamento de Gotículas:

O seu familiar com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas a curtas distâncias.

- Transmissível através de: tosse, espirro e fala.

Isolamento de Contato:

O seu familiar com suspeita ou confirmação de estar infetado ou colonizado por microrganismos que possam ser transmitidos por:

- Contato direto com o seu familiar;
- Contato indireto através de mãos, superfícies, utensílios do ambiente e dispositivos médicos que estiverem em contato com o seu familiar.

Isolamento de Via Aérea:

O seu familiar com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por núcleos de partículas com dimensão $< 5\mu\text{m}$; As partículas permanecem suspensas no ar, podendo ser transportadas a longas distâncias através de correntes.

APENDICE VI: Folha Bloco Operatório



Identificação do cliente (etiqueta)

Antecedentes pessoais relevantes:

Procedimento cirúrgico e lateralidade:

Risco de queda: Sim Não

Exames pré-operatórios: Rx ECG Análises

Tipagem: Sim Não Reserva de UCE: _____

Preparação intestinal: Sim Não

Antibioterapia profilática: Sim Não

Qual: _____ Horas: _____

Anestesia:

Administração de terapêutica no intra-operatório:

Drenagens:

Sinais Vitais

Entrada UCPA: _____ Saída UCPA: _____

Administração de terapêutica na UCPA:

Alta anestésica/ Destino do doente:

ANEXOS

ANEXO I: Normativa: “Prevenção de Quedas – Internamento”



PREVENÇÃO DE QUEDAS EM ADULTOS

- INTERNAMENTO -

Com o avançar da idade, as quedas tornam-se uma causa de lesões cada vez mais importante. Estima-se que cerca de um terço das pessoas com mais de 65 anos de idade e metade das pessoas mais de 80 anos de idade sofram uma queda todos os anos. No entanto, as quedas não fazem parte do processo de envelhecimento e é possível tomar diversas medidas que ajudam a preveni-las.

Pertencem ao grupo de pessoas com maior risco de queda as que estão nas seguintes circunstâncias:

- Alterações do estado mental, como confusão, agitação, demência, entre outras;
- Doença neurológica;
- Diminuição do equilíbrio na marcha ou uso de meios auxiliares da marcha (p. ex. bengala, canadiana, andarrilho);
- História de queda nos últimos três meses ou quedas repetidas;
- Toma de medicamentos que provocam sonolência;
- Tensão arterial baixa, tonturas, glicemia (nível de açúcar no sangue) baixa;
- Necessidade urgente de urinar ou evacuar;
- Problemas de visão;
- Adultos com mais de 65 anos de idade e crianças;

Nos idosos, o risco de queda aumenta durante um internamento hospitalar. Porquê?

Em internamento, as alterações consideradas normais para a idade podem ser agravadas pela doença ou pelo mau estado geral, com um maior risco de queda associado. Por outro lado, estar num meio desconhecido, fora do ambiente de casa habitual, contribui para uma maior fragilidade.

Nos doentes submetidos a uma intervenção cirúrgica, o risco de queda aumenta. Porquê?

A realização de uma intervenção cirúrgica implica o cumprimento de um período de jejum, o que está associado a valores de glicemia baixos que podem dar origem a tonturas. Por outro lado, são administrados medicamentos (p. ex. sedativos, anestésicos) que podem provocar uma diminuição da sensibilidade e dos reflexos, sonolência, tonturas, vertigens e tensão arterial baixa. Assim, é fundamental que o levante depois de uma intervenção cirúrgica seja progressivo e sempre com acompanhamento dos profissionais.



Como se avalia o risco de queda?

Desde a admissão até à alta hospitalar, o risco de queda é avaliado utilizando uma escala específica, designada escala de Morse. Com base nesta avaliação, são definidas e implementadas intervenções adaptadas às necessidades de cada doente.

A promoção de um ambiente seguro para os doentes e suas famílias é um objetivo primordial da atividade do Hospital Beatriz Ângelo e a prevenção de quedas é um dos seus aspetos mais importantes. A vossa colaboração é fundamental!

Para prevenir as quedas, os doentes devem:

- Seguir todas as instruções da equipa de enfermagem;
- Pedir ajuda, usando a campainha de chamada presente junto à cama/cadeirão, sempre que pretendam levantar-se e tenham dificuldade na marcha, défice sensitivo ou motor, tonturas ou usem um meio auxiliar da marcha (p. ex. bengala, andarilho);
- Informar a equipa de enfermagem sempre que pretendam levantar-se;
- Acender a luz de presença no comando sempre que pretendam levantar-se de noite;
- Respeitar a subida das grades da cama pois esta é uma medida instituída por segurança;
- Não usar como apoio objetos que se desloquem (p. ex. mesa-de-cabeceira, suporte dos soros ou cadeira de rodas);
- Usar chinelos de quarto ou sapatos com sola antiderrapante;
- Usar vestuário adequado à situação (p. ex. não usar calças com a bainha a arrastar no chão);
- Usar os óculos quando se levantarem, sempre que tenham dificuldade de visão.

Para prevenir as quedas, os acompanhantes dos doentes devem:

- Reforçar junto dos doentes a importância de pedirem ajuda a um profissional de saúde para se levantarem, não o tentado fazer sozinhos;
- Manter a campainha de chamada ao alcance dos doentes;
- Manter a cama na posição indicada pelos profissionais de saúde, com as grades de proteção subidas e as rodas travadas;
- Não retirar medidas de contenção (p. ex. cinto de segurança) sem indicação prévia dos profissionais de saúde;
- Manter a área de circulação livre (sem sacos, malas ou outros objetos deixados no chão);
- Informar a equipe de enfermagem quando terminarem a sua visita;
- Deixar os objetos pessoais e de maior uso ao alcance do doente.

ANEXO II: Artigo: “Conhecendo os riscos para melhor prevenir”



A queda dos idosos

Conhecendo os riscos para melhor prevenir

As quedas, muitas das vezes funcionam como o início da degeneração do quadro geral do idoso...

ENFERMEIRO BÉLINO CÉSAR SILVA ALMEIDA
HOSPITAL DA HORTA, EPE

A queda define-se como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com a incapacidade de correção em tempo útil, sendo determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade.

As quedas dos idosos representam um problema de saúde pública de grande impacto social, são cada vez mais comuns e aumentam progressivamente com a idade. As causas das quedas são múltiplas e podem ser agrupadas em fatores intrínsecos, que correspondem às alterações fisiológicas

O enfermeiro é essencial na prevenção de quedas, enfatizando a promoção da saúde dos idosos, através de trabalho preventivo, com a adoção de medidas e cuidados para evitar fatores de risco

do processo de envelhecimento pelas quais o idoso passa e os extrínsecos onde se destacam-se os perigos ambientais em que o idoso interage em sua casa ou em locais públicos. As quedas afetam a qualidade de vida dos idosos podem provocar fraturas, traumatismos cranianos e até mesmo a morte, dependendo do caso e podem ter consequências psicossociais, provocando sentimentos como medo, fragilidade e falta de confiança. Muitas vezes funcionam como o início da degeneração do quadro geral do idoso.



■ COMO O IDOSO PODE EVITAR QUEDAS EM CASA?



Como tal e de extrema importância a prevenção das quedas de forma a diminuir a morbidade, mortalidade e os custos hospitalares. Os programas de prevenção tem a vantagem de melhorar a saúde e qualidade de vida, sendo a sua prática especialmente importante para a faixa etária mais idosa. Os fatores intrínsecos cor-

respondem às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento pelas quais o idoso passa, como as perturbações da visão e audição, devendo nestes casos ser avaliada a necessidade do uso de próteses dentárias, visuais e auditivas. Alguns efeitos adversos de medicações ou uso simultâneo de medicamentos, devendo os mes-

mos estarem rotulados e separados de acordo com o tipo, dia e hora.

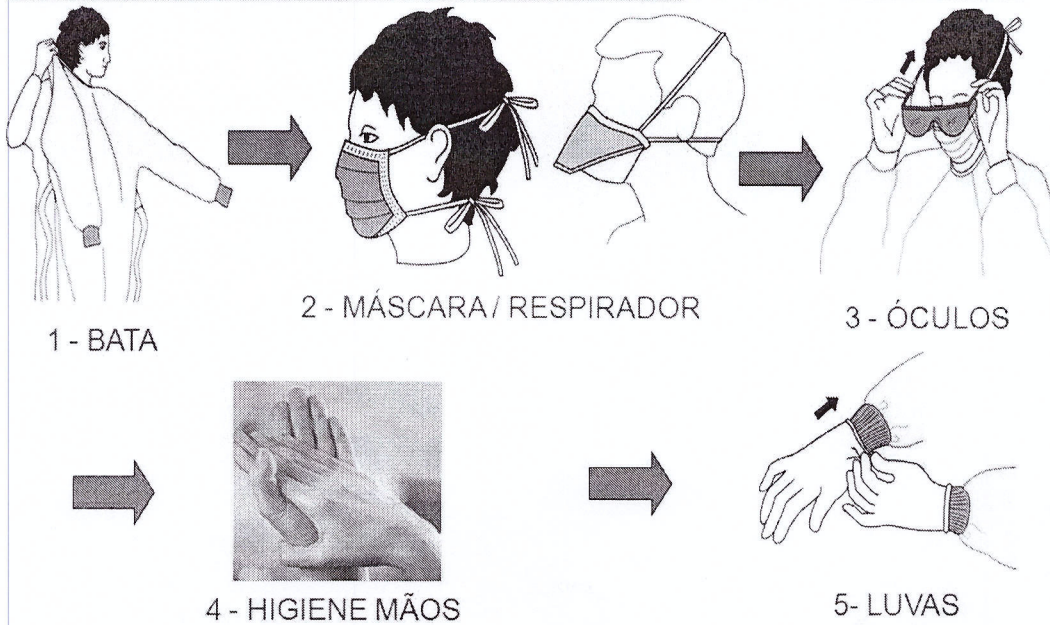
Nos fatores extrínsecos destacam-se os perigos ambientais em que o idoso interage em sua casa ou em locais públicos tais como piso escorregadio, fios e cabos no chão; iluminação (reflexos, baixa luminosidade); mobiliário de-

sorganizado, cadeiras e bancos baixos; tapetes e calçado inadequado.

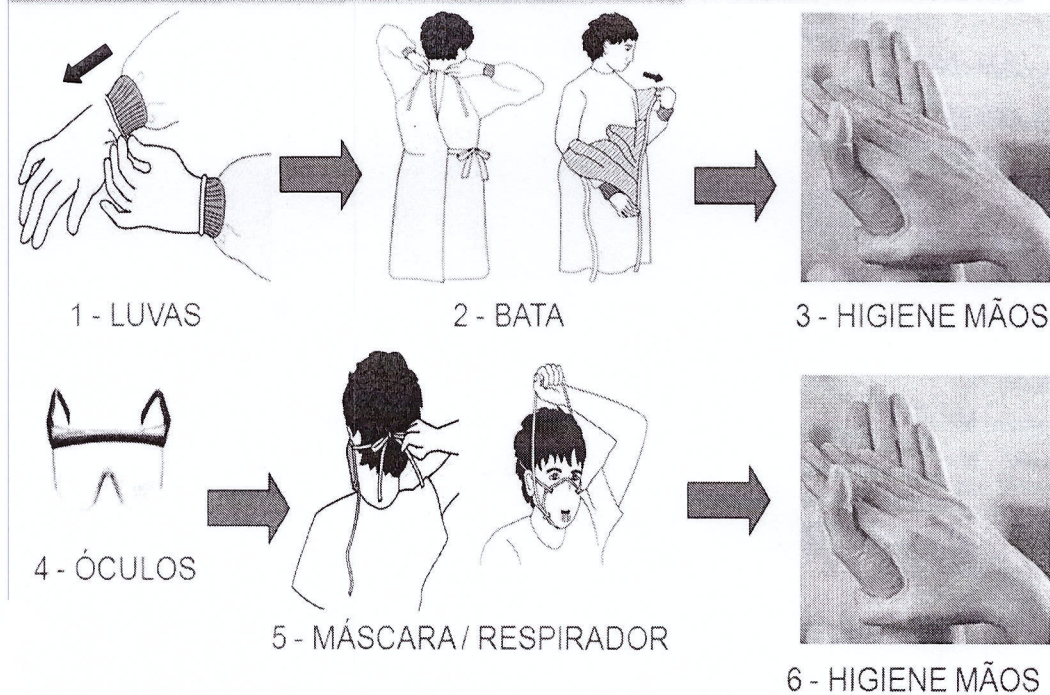
Assim sendo, terá que haver uma reorganização na posição dos móveis em casa de maneira a desimpedir o caminho; em relação aos tapetes no chão, utilize superfícies antiderrapantes; retire objetos espalhados pelo chão mantendo em local apropriado; manter fixos fios elétricos ou telefônicos nos locais de passagem; certificar que existe corrimão das escadas ao longo do comprimento da escada e que se encontra bem fixo; nos degraus instale fitas adesivos antiderrapantes ao longo de cada quina de cada degrau; na cozinha coloque os utensílios mais utilizados em prateleiras mais baixas e acessíveis; para uma iluminação adequada, coloque o cadeiro junto a cama ou de fácil alcance; de forma a facilitar a mobilidade certifique-se que junto da cama existe um objeto de apoio (andarrilho, bengala, entre outros); na casa de banho use a base de duche em vez de banheira colocando no fundo um tapete antiderrapante; instale barras laterais de suporte na parede, de forma auxiliar a entrada e saída do banho e da sanita; use sapatos fechados com solas antiderrapantes, saltos largos e baixo, com presilhas. *

ANEXO III: Protocolo: “*Equipamento de Proteção Individual*”

Equipamento de Protecção Individual: Como colocar



Como retirar

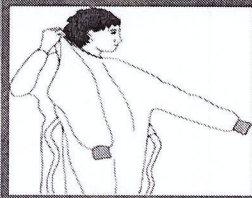
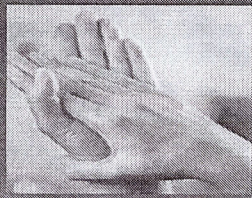
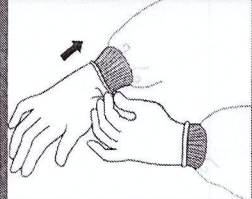


Isolamento de Contacto

STOP

Contactar o enfermeiro antes de entrar

ANTES DE ENTRAR NO QUARTO

	Coloque Bata / Avental
	Faça Higiene das mãos
	Coloque Luvas

AO SAIR DO QUARTO

Retire Equipamento Coloque-o no lixo	
HIGIENE DAS MÃOS (solução alcoólica ou água e sabão)	

Isolamento de Gotículas

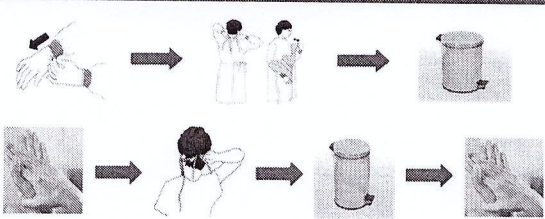


Contactar o enfermeiro antes de entrar

ANTES DE ENTRAR NO QUARTO

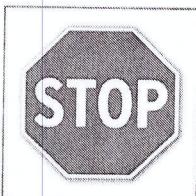
	Coloque Bata / Avental	
	Coloque Máscara Cirúrgica Uso <u>Obrigatório</u> a menos de 1 Metro Adapte bem à boca e nariz	
	Faça novamente Higiene das Mãos Coloque Luvas	

AO SAIR DO QUARTO

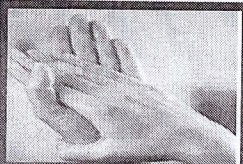
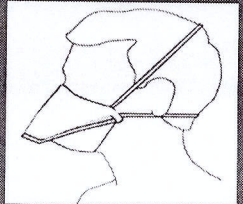
Retire Equipamento Coloque-o no lixo	
---	--

HIGIENE DAS MÃOS (solução alcoólica ou água e sabão)
ANTES e DEPOIS de contactar com o doente




Isolamento de Via Aérea



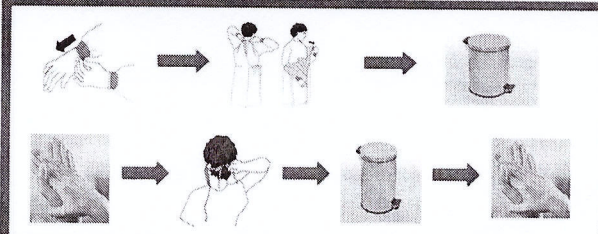
Contactar o enfermeiro antes de entrar
MANTER A PORTA FECHADA!
ANTES DE ENTRAR NO QUARTO

	Faça Higiene das Mãos
	Coloque Máscara P2 <u>SEMPRE ANTES de ENTRAR !</u> Adapte bem à boca e nariz (a máscara deve colapsar na inspiração)

SE NECESSÁRIO:

	Coloque Bata / Avental Faça novamente <u>Higiene das Mãos</u> Coloque luvas	 
---	--	--

APÓS SAIR DO QUARTO e FECHAR A PORTA

Retire Equipamento Coloque-o no lixo	
---	--


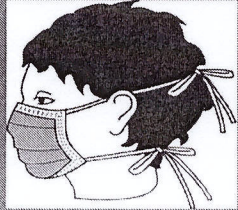
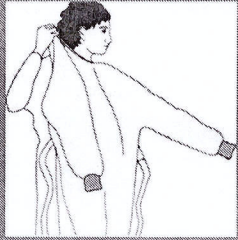
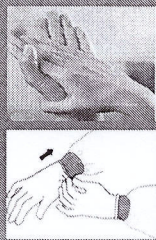
HIGIENE DAS MÃOS (solução alcoólica ou água e sabão)
ANTES e DEPOIS de contactar com o doente

Isolamento Estrito Contacto/Gotículas

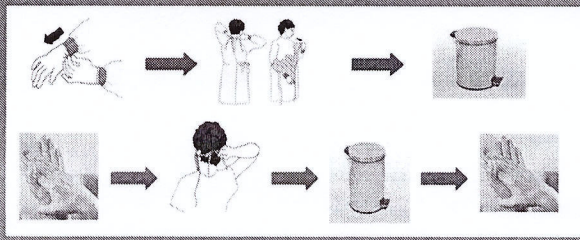


Contactar o enfermeiro antes de entrar
MANTER A PORTA FECHADA!

ANTES DE ENTRAR NO QUARTO

	Faça Higiene das Mãos
	Coloque Máscara Cirúrgica Adapte bem à boca e nariz
	Coloque Bata / Avental Faça novamente Higiene das Mãos Coloque luvas
	

APÓS SAIR DO QUARTO e FECHAR A PORTA

Retire Equipamento Coloque-o no lixo	
---	--

**HIGIENE DAS MÃOS (solução alcoólica ou água e sabão)
ANTES e DEPOIS de contactar com o doente**