



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

## Em busca da melhoria do cuidar

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

Susana Ramos

Abril, 2013





# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

## Em busca da melhoria do cuidar

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

Por Susana Ramos

Sob orientação de Professora Irene Oliveira

Abril, 2013



## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, após a realização de três Módulos de Estágio; Módulo III- Módulo opcional realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de S. Roque; Módulo I no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; Módulo II Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano, no período de 26 de Abril de 2012 a 2 de Fevereiro de 2013. Os objetivos da sua execução são: refletir sobre os objetivos gerais e específicos do estágio; explorar as oportunidades de aprendizagem do estágio; descrever as estratégias de melhoria implementadas; descrever as atividades desenvolvidas; aperfeiçoar a capacidade reflexiva. A metodologia utilizada foi a descritiva analítica.

Este percurso teve como missão desenvolver e aprofundar competências ao nível da prática profissional, ética e legal, prestação de cuidados e gestão de qualidade e de recursos. Neste processo de aprendizagem realço a prestação de cuidados ao doente e família, a capacidade de análise de situações complexas, reflexão sobre as questões que influenciam esta dinâmica e as suas consequências na saúde. Nesta esfera pareceu-me pertinente explorar e refletir sobre a comunicação nas suas variadas formas e na sua importância na relação interpessoal. Foram abordadas temáticas como a morte no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva, com as suas consequentes implicações nos cuidados e na equipa de saúde. Como foco comum deste percurso a dor, fonte de reflexão e de intervenções de enfermagem. Destaco como aspetos mais específicos, a assistência global ao doente com ferida crónica, a importância do contexto domiciliário, o respeito pelo indivíduo e família, o controlo de infeção no Serviço de Medicina Intensiva, o papel do enfermeiro e as suas implicações no estado de saúde do doente.

Na gestão de qualidade e recursos, realço a reflexão sobre os custos associados aos cuidados de saúde, os benefícios e a gestão de recursos de forma eficiente. Foi abordada a questão dos registos de enfermagem como forma de produzir indicadores de qualidade em enfermagem de forma a medir os ganhos em saúde e também para evidenciar a utilidade social da profissão e visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Na formação, foram procuradas áreas passíveis de melhoria nos contextos de estágio e elaboradas formações com o objetivo de colmatar e contribuir para a melhoria dos cuidados. Assim foi realizada uma formação no Módulo III sobre “Tratamento de Feridas”, foi elaborada no Módulo I uma formação e um póster sobre “Prevenção de Úlceras de Pressão” e no Módulo II foi elaborada uma formação sobre “Trações cutâneas e esqueléticas”.

Considero que este percurso contribuiu de forma determinante para a aquisição de competências, pois verifiquei progressos na minha capacidade de diagnosticar, decidir, executar e avaliar de forma a procurar sistematicamente o domínio da melhoria da qualidade dos cuidados. Em suma, o Enfermeiro especialista pode assumir um papel referencial na observação, colheita, procura contínua de forma sistemática e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados.



## ABSTRACT

This report comes as part of the Master in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, after completing the three Modules Internships; Module III- Optional module held at Personalized Unity Health Care in S. Roque; Module I in Emergency Service in the Hospital Center of Vila Nova de Gaia/Espinho; Module II Intensive Medicine Service at the Hospital Pedro Hispano, the period 26 April 2012 to 2 February 2013. The goals of its execution are: reflect on the general and specific goals of the internship; explore the learning opportunities of the internship; describe the improvement strategies implemented; describe the developed activities; improve the reflexive capability. The used methodology was descriptive analytics.

This path had the mission to develop and deepen the skills in professional, ethical and legal practices, care, quality and resource management. In this learning process I emphasize the provision of care to the patient and family, the ability to analyze complex situations and reflection on the issues that influence this dynamic and their effects on health. In this sphere it seemed appropriate to explore and reflect on communication in its various forms and its importance in interpersonal relationships. Certain topics were addressed such as death in Emergency Service and Intensive Medicine Service, with its consequent implications on healthcare and its team. As common focus of this path, the pain, the source of reflection and nursing interventions. I highlight as more specific aspects; the overall assistance to patients with chronic wounds, the importance of domiciliary context and respect for the individual and family, infection control in Intensive Medicine Service, the nurse's role and its implications on the health condition of the patient.

In quality and resources management, I highlight the reflection on the costs associated with healthcare, the benefits and resources management efficiently. It was addressed the issue of nursing records as a way to produce quality indicators in nursing in order to measure health gains and also to demonstrate the social usefulness of the profession and visibility of the professional practice of nurses.

In training, we searched for areas liable to improvement in the contexts of internship and elaborate trainings with the goal of bridging and contribute to the improvement of healthcare. It was developed a training in Module III about "Wound Care", it was developed in Module I a training and a poster on "Prevention of Pressure Ulcers" and in Module II was elaborated a training on "Cutaneous and skeletal tractions".

I believe that this route has contributed decisively to the acquisition of skills, as verified progress in my ability to diagnose, decide, execute and evaluate in order to systematically search the area of improving the quality of care. In short, the nurse specialist can play a role in referential observation, collection, continuous search in a systematic and systematic data, in order to continuously meet the situation of the person targeted care.



Lista de Siglas:

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Bispectral Index

CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

CS – Centro de Saúde

CVC – Cateter Venoso Central

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HPH – Hospital Pedro Hispano

OE – Ordem dos Enfermeiros

PVC – Pressão Venosa Central

SMI – Serviço Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UP – Úlcera de Pressão



"O desejo de ir em direção ao outro, de se comunicar com ele, ajudá-lo de forma eficiente, faz nascer em nós uma imensa energia e uma grande alegria, sem nenhuma sensação de cansaço."

*Dalai Lama*



---

## Índice

1-Introdução .....	13
2-Prestação de cuidados .....	17
2.1-Aspetos psicossociais .....	23
2.2-Comunicação com o doente e família .....	28
2.3-Assistência global ao doente com ferida .....	32
2.4-Doente com Dor.....	38
2.5-Doente em fase terminal.....	40
2.6-Controlo de infeção.....	43
3-Gestão de Qualidade e de Recursos.....	47
4-Formação.....	53
5-Conclusão.....	59
6-Referências Bibliográficas .....	63
7-Anexos .....	67
Anexo I-Characterização dos Locais de Estágio .....	69
Anexo II-Estudo Epidemiológico de Feridas.....	73
Anexo III-Aplicação da Escala de Braden e PUSH TOOL 3.0 .....	89
Anexo IV-Estudo de Caso realizado em UCSP .....	105
Anexo V-Estudo de Caso realizado no SMI.....	119
Anexo VI-Documento de registo de validade de material do Carro de Emergência .....	141
Anexo VII-Formação “Tratamento de Feridas”.....	149
Anexo VIII-Formação “Prevenção de Úlceras de Pressão” .....	197
Anexo IX-Poster “Prevenção de Úlceras de Pressão”.....	225
Anexo X-Formação “Trações Cutâneas e Esqueléticas”.....	229

## Índice de quadros

Quadro 1- aplicação da escala Push Tool 3.0, material utilizado e escala de Braden.....	35
---	----



## **1-Introdução**

O presente documento surge no âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, e pretende relatar de forma reflexiva as experiências vividas, atividades desenvolvidas e competências adquiridas nos vários módulos de estágio realizados, que decorreram no ano letivo 2012/2013.

A execução deste relatório pretende alcançar pressupostos descritivos, sumários e críticos que foram abrangentes em relação às experiências vivenciadas nos processos clínicos, técnicos e emocionais que se desenvolveram nos estágios de forma a poder ser utilizado como um referencial de avaliação do percurso académico nos serviços em que decorreram os estágios. O trajeto evidenciado no trabalho pretendeu ser uma extensão e integração das componentes académicas e empíricas adquiridas ao longo da prática profissional, pretendendo ser um retrato fiel e um fio condutor das aprendizagens ao longo deste percurso, tutorado por Enfermeiros dos serviços com Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC).

O estágio é uma componente estruturante no percurso profissional na área de EEMC na medida em que complementa e assimila formações, ensinamentos, técnicas e procedimentos que são utilizados no quotidiano, sendo ainda uma oportunidade para colocar em prática os saberes alicerçados em aprendizagens várias, é por isso, visto também como uma oportunidade de integração numa realidade profissional a que não me encontro familiarizada. É neste contexto que a opção pelos campos de estágio ganha relevância, uma vez que foram de encontro a exigências e expectativas criadas ao longo do meu percurso profissional de resposta e afirmação permanente perante os novos desafios criados por uma sociedade em constante evolução, mutação e atualização. A escolha de diferentes campos de estágio permitiu-me vivenciar outras formas de ver a enfermagem e de fazer enfermagem, influenciadas pelo contexto de atuação, pela área geográfica em que se situam e pelos fatores organizacionais inerentes a cada instituição.

A nível pessoal a minha experiência profissional centra-se no foro cirúrgico na área de ortopedia, tem como objetivo de preparar o doente para o regresso a casa após cirurgia,

envolvendo a família nos ensinamentos e no planeamento da alta. O papel do enfermeiro no serviço de ortopedia incide na ajuda ao doente e à família na adaptação a uma nova fase da vida, que muitas vezes resulta na mudança de comportamentos e hábitos de vida.

Este percurso de Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica teve como missão desenvolver e aprofundar competências ao nível da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados, assim como proporcionar desenvolvimento profissional no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica. Assim sendo, torna-se fundamental descrever e compreender o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que, deverá possuir competências chave ao nível técnico como a capacidade de cuidar de doentes em situações críticas, ou em falência orgânica, dinamizar as respostas a situações limite, e maximizar as intervenções preventivas no controlo de infeções. Estas situações estiveram presentes ao longo dos estágios, exigindo uma observação constante, colheita e procura contínua de informação com o objetivo de conhecer a pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros OE, 2010). O Enfermeiro Especialista *é o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativa a um campo de intervenção* (OE, 2010, p.2).

A unidade curricular Estágio foi dividida em 3 Módulos com 180 horas cada, assim Módulo III- Módulo opcional realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de S. Roque; Módulo I no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E); Módulo II Serviço Médico Intensivo (SMI) do Hospital Pedro Hispano (HPH).

O Estágio correspondente ao módulo III de opção de Tratamento de Feridas, foi realizado na UCSP de S. Roque de 26 de Abril a 23 de Junho de 2012. Esta opção prendeu-se com a necessidade de complementar a atividade profissional, num contexto diferente, designadamente na área de Tratamento de Feridas em contexto domiciliário, adquirindo novos conhecimentos e desenvolvendo competências. Não tendo muita experiência em feridas crónicas foi uma oportunidade de contacto, aprendizagem, enriquecimento profissional e pessoal.

O Estágio relativo ao Módulo I foi realizado no SU do CHVNG/E de 1 de Outubro a 24 de Novembro de 2012. A opção por este campo de estágio teve em consideração a possibilidade de aceder a uma grande variedade de experiências, permitindo o desenvolvimento das minhas atividades, bem como alcançar os meus objetivos de estar preparada técnica e humanamente para situações limite, frequentes neste tipo de serviços. O SU de CHVNG/E é uma Urgência Polivalente de um Hospital que abrange uma área geográfica com grande densidade populacional e com um número de ocorrências e valências diversas, que possibilita abarcar um grande conjunto de experiências e por isso enriquecedor para o percurso académico e profissional.

O enfermeiro deve acompanhar as exigências e saber dar resposta em situações limite, por conseguinte a opção por um serviço hospitalar estruturante como o SMI do HPH para realizar o Módulo II de 26 de Novembro de 2012 a 2 de Fevereiro de 2013. A escolha deste campo de estágio prendeu-se com motivos pessoais e por ser uma instituição cativante sob o ponto de vista organizativo e com a qual me identifico.

Formalmente o presente documento encontra-se estruturado numa base descritiva e analítica, fundamentado num corpo de texto justificativo das ações implementadas, sustentado pelas experiências, sensibilidade, consciência e conhecimento perante as várias situações vividas, apoiado em pesquisas bibliográficas que forneceram o suporte teórico/científico, tendo em conta a reflexão sobre o papel de um Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica nos vários contextos de estágio. Este documento pretende ainda, dar visibilidade e ênfase às atividades desenvolvidas durante este percurso com aquisição de competências, através da reflexão, deteção de situações problema e implementação de estratégias com objetivo de melhoria do cuidar.

A elaboração deste relatório tem como objetivos:

- Refletir sobre os objetivos gerais e específicos do estágio;
- Explorar as oportunidades de aprendizagem do estágio;
- Descrever as estratégias de melhoria implementadas;
- Descrever as atividades desenvolvidas;
- Aperfeiçoar a capacidade reflexiva.

Estruturalmente o relatório encontra-se subdividido em capítulos, designadamente introdução, descrição das atividades implementadas competências adquiridas, na prestação de cuidados, gestão de qualidade e recursos e formação, efetuando uma abordagem crítica

e construtiva perante as atividades de forma a poder ser assertiva na conclusão, e inferir as melhorias do cuidar verificadas durante este percurso.

A divisão do relatório teve por base a forma como foram estruturados os estágios; que de uma forma transversal abarcaram atividades nas referidas áreas, e assim permitiram adquirir competências ao nível da prática profissional, ética e legal e atingir os objetivos delineados.

## **2-Prestação de cuidados**

A aprendizagem consolidada nos diferentes estágios surgiu como resposta técnico-científica a um conjunto de estímulos provenientes da atividade profissional e da atividade académica, fazendo sentido explorar todo o conjunto de princípios e procedimentos subjacentes aos vários serviços, que forneceram a pedagogia e a forma como foram integrados os conhecimentos. Como refere Serra (2008) os contextos da prática clínica constituem um local privilegiado, oportunos para a aprendizagem onde se aplicam saberes previamente adquiridos.

A unidade curricular de Estágio foi desenvolvida ao longo de 3 Módulos; Módulo I-SU do CHVNG/E, Módulo II-SMI do HPH e Módulo III-UCSP cuja caracterização mais pormenorizada remeto para (Anexo I).

Neste período a aprendizagem foi enriquecedora, mas para que tal facto ocorresse houve a colaboração dos supervisores dos diferentes serviços em que realizei os estágios. Para que o processo de aprendizagem fosse bem-sucedido, foi determinante a integração nos vários serviços, de modo a ter a oportunidade de desenvolver competências e habilidades necessárias ao desenvolvimento profissional. O período de integração e a forma como as equipas multidisciplinares me receberam e acolheram foi essencial, permitindo-me conhecer a dinâmica dos diferentes serviços, relacionar-me de modo a que pudesse interagir de forma adequada e frutífera, bem como o conhecimento de alguns protocolos e a sua organização. Como afirma Coelho e Lourenço (2004) o processo de integração é um processo dinâmico, em que se estabelece uma relação homem/organização, que se pretende flexível e da qual resultem comportamentos que garantam altos níveis de rendimento e satisfação de ambas as partes.

Demonstrei ao longo deste percurso, uma postura de disponibilidade, humildade, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem de forma proactiva e interessada, de forma a retirar o máximo contributo para o meu crescimento pessoal e profissional. Estive atenta às dinâmicas relacionais das equipas, tendo como objetivo integrar-me nas equipas e demonstrei capacidade de interajuda e trabalho em equipa. A integração nos serviços foi

facilitada pelo espírito de interajuda, permitindo vários momentos de partilha de experiência e reflexão conjunta, que enriqueceram este período e fomentaram a dinâmica relacional com a equipa. Consciente de que era uma oportunidade única para poder ter experiências de outros serviços e outros hospitais, aproveitei para observar e refletir sobre as práticas, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Durante este percurso foram exploradas de forma mais incisiva algumas temáticas que no presente documento estão apresentados como subcapítulos. Assim foram analisados aspetos psicossociais que considerei mais pertinentes ao logo dos estágios. Pareceu-me pertinente explorar e refletir sobre a comunicação nas suas variadas formas e na sua importância na relação interpessoal. Destaco como aspetos mais específicos, a assistência global ao doente com ferida crónica, a importância do contexto domiciliário e o respeito pelo individuo e família. Como foco comum deste percurso abordei a dor, fonte de reflexão e de intervenções de enfermagem. Foram abordadas temáticas como a morte no SU e no SMI, com as suas conseqüentes implicações nos cuidados e na equipa de saúde e o controlo de infeção no SMI, o papel do enfermeiro e as suas implicações no estado de saúde do doente.

Os cuidados de enfermagem exigem a observação a deteção de problemas, bem como a determinação das intervenções a efetuar e a reavaliação constante das mesmas. Este processo deve ter como objetivos: conhecer a situação da pessoa alvo de cuidados; prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, eficiente e em tempo útil. No dia-a-dia o enfermeiro precisa de mobilizar conhecimentos teóricos bem como habilidades técnicas, relacionais e humanas, sendo de extrema complexidade a sua atuação, envolvendo reflexão constante para a tomada de decisão. Assim sendo, deve ser competente, capaz de mobilizar recursos, conhecimentos, capacidades ou estratégias em diversas situações. A *”competência profissional não é só um processo de crescimento e desenvolvimento profissional, é também uma estrutura organizativa interna da pessoa do enfermeiro, onde a meta é a excelência”* (Festas, 2006, p.36).

Atendendo à minha experiência profissional, foi interessante e enriquecedor acompanhar os doentes submetidos a cirurgia ortopédica após a alta, em contexto domiciliário durante o estágio na UCSP, permitindo estabelecer um fio condutor entre o ambiente hospitalar e o ambiente do domicílio do doente. Este percurso foi produtivo na medida em que possibilitou a assimilação de todo o percurso do doente em ambiente domiciliário, algo que

no ambiente hospitalar não é possível, ficando a incerteza de como se vai desenrolar todo o processo de reabilitação. Outro aspeto relevante neste processo de aprendizagem foi a verificação de estratégias que os doentes e famílias utilizam para se adaptar às situações de limitação de mobilidade, cuidados de higiene e nas relações psicossociais estabelecidas entre o doente e as pessoas à sua volta, permitindo assimilar conceitos e estratégias passíveis de aplicar no âmbito pessoal e profissional.

No domicílio, incorporar o doente e família no processo terapêutico tem um significado diferente, exigindo do enfermeiro a adaptação ao seu contexto de forma real, tendo em conta o respeito pelas suas crenças e valores, de tal forma que haja um compromisso nas medidas programadas e para que os objetivos definidos sejam concretizados. Um exemplo muito concreto prende-se com a redução de hábitos tabágicos em doentes com feridas crónicas, sabendo-se no entanto, que comportamentos e hábitos de vida são difíceis de mudar e que tem que haver muita habilidade na comunicação, para que seja demonstrado a sua importância, e na maneira como se propõe e “ajusta” este trajeto. Um enfermeiro não deve esperar a mudança comportamental dos doentes pela presença do seu conhecimento, deve antes possuir a humildade de perceber a realidade do outro e adaptar-se com o objetivo de haver ganhos em saúde, estabelecendo uma relação empática com o doente e família. Durante este percurso as intervenções realizadas tiveram em conta este pressuposto, assim como o respeito pelo doente enquanto pessoa, inserido num contexto que teve oportunidade de conhecer estabelecendo um plano de cuidados em conjunto, com metas alcançáveis.

É de suma importância avaliar e validar a informação que os doentes possuem e realizar os ensinamentos a partir daí, tendo em conta o seu contexto e a sua individualidade. O conhecimento do doente deve permitir perceber o que o doente está disposto a alterar, e neste contexto, “negociar” pode ser uma estratégia com sucesso. Este é um princípio que deve estar presente na nossa atuação e é uma das chaves para o sucesso, adquirindo suma importância em contexto domiciliário em que existe menos “controle” do ambiente técnico e humano. É o enfermeiro que deve ter a capacidade de se moldar ao doente e não o contrário, não criando necessidades e conflitos onde nunca existiram, dando como exemplo concreto a área de intervenção da UCSP; famílias que sempre viveram em habitações construídas em “ilhas”, cuja casa de banho está situada fora da habitação principal, sendo partilhada por um número elevado de pessoas, levando a que os enfermeiros tenham que adaptar e ajustar o plano de cuidados à realidade dos doentes.

A preparação da alta deve começar desde o primeiro dia de internamento no serviço e deve ser complementado após a alta. O enfermeiro especialista tem um papel muito importante a desenvolver, neste processo de transição a esta nova fase da vida. Dada a minha experiência em ortopedia pude constatar que os doentes submetidos a prótese total de joelho, anca e cirurgia à coluna requerem um acompanhamento próximo após alta, para que se possam esclarecer dúvidas e complementar conhecimentos. É de salientar que as dúvidas em contexto domiciliário após um período de internamento ou de alteração do estado de saúde são comuns em todas as áreas, pois muitas vezes só quando os doentes regressam a casa é que se deparam com a real situação de saúde e com as dificuldades na sua adaptação, dificuldades essas, que podem ser estendidas à família. Tal como referem Mendonça et al, (2007) ao ser detentor de competências mais especializadas, o enfermeiro especialista, deve ser capaz de reduzir a ansiedade do doente, aumentar a sua informação, estimular o autocuidado, para assim facilitar a adesão ao tratamento e reabilitação pós-operatória. Mais do que “fazer tratamentos a feridas” o enfermeiro cuida de pessoas enquanto seres globais, respeitando a sua integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual, inseridos na família e comunidade.

O foco da enfermagem centra-se no doente e na família, tendo como objetivo cuidados individualizados tendo por base o processo de enfermagem. Assim a colheita de dados, o diagnóstico, o planeamento das intervenções e a avaliação são etapas de extrema importância, que foram realizadas durante os estágios. *O ser humano e a família surgem como foco de atenção dos enfermeiros, assumindo-se a saúde como projeto individual e coletivo, em constante interação com o ambiente em que estão inseridos e em que a enfermagem se apresenta como resposta às necessidades de promoção da saúde, prevenção e recuperação da doença e alívio do sofrimento* (Vieira, 2009, p.9).

A família tem um papel muito importante no indivíduo, funcionando como o seu abrigo e o seu apoio, incorporá-la em todo o processo foi uma preocupação constante durante a realização dos vários módulos de estágio. Segundo Gonçalves (2008) o plano de cuidados deve considerar o projeto de vida do doente, de forma a integrar a sua família, fomentando a participação ativa dos intervenientes e consequentemente a sua responsabilização nas decisões tomadas. Criar uma relação de parceria com a família é estruturante no processo de cuidar, tendo em conta que é um aliado, pois em conjunto é mais fácil a resolução de situações problemáticas. A construção da relação empática é fundamental, e nesse sentido, o enfermeiro deve estar atento e “preocupar-se”, tendo como objetivo o bem do doente,

ajudando-o a enfrentar os seus problemas nos processos de vida com as suas condições e ferramentas. A criação de uma relação empática consiste em encontrar no doente maneiras de superar, minorar ou viver melhor com o problema de saúde, sendo que através de uma comunicação efetiva, poderemos ajudar a conceituar os seus problemas, enfrentá-los, visualizar a sua experiência e alternativas para solução, e auxilia-lo a encontrar novos padrões de comportamento como afirma Silva (2006).

A prestação de cuidados ao doente crítico implica uma vigilância e monitorização permanente, associado sempre à condição do doente. Exige uma constante relação entre o conhecimento e a prática, e rapidez nas decisões, de forma a assistir os doentes mas sobretudo para prevenir complicações. A monitorização tem uma grande importância num doente crítico, mas olhando somente para o monitor não se percebe o doente e facilmente se entra em erro, podendo gerar complicações no estado de saúde do doente. A relação de equipa é essencial, sendo que a comunicação entre os membros e o ambiente de trabalho influenciam de forma determinante os resultados.

Num serviço com altos níveis de exigência técnico-científica, é um facto que muitas das Intervenções de Enfermagem no SMI e SU são interdependentes, que conforme o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 1998, p.5) refere, são consideradas *as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas*. É determinante que haja o conhecimento e o rigor para que também neste tipo de intervenções se seja autónomo, ou seja, ter sempre a capacidade de decidir e ser sempre responsável pelas suas ações. Não são de subestimar as intervenções interdependentes e o papel fundamental que o enfermeiro exerce. Em serviços em que a tecnologia impera, os profissionais devem ser competentes a nível técnico com domínio do conhecimento atual.

Neste contexto não nos podemos esquecer de fazer uma avaliação global do doente sob pena de não o conseguirmos ajudar, mesmo no SU em que o contacto é restrito. Para além de tratar o imediato e que pode ameaçar as funções vitais, é necessário perceber o que está na base do problema. Por exemplo nos doentes crónicos a quem está preconizada a toma de medicação diária e que não o fazem, existe uma destabilização e agudizam a sua doença, e este tipo de situações, apenas se torna perceptível pela comunicação e conhecimento dos

doentes. Sendo um serviço em que a maior parte dos doentes permanece pouco tempo internado, a avaliação do resultado das intervenções de enfermagem torna-se muitas vezes difícil. Quando planeamos uma intervenção, ela deve ser adequada às circunstâncias, percebendo que muitas vezes o que fazemos é plantar uma semente que pode germinar e dar frutos posteriormente.

É na área da Triage que é realizada a primeira avaliação do doente, onde pela apreciação da queixa e através da utilização do fluxograma, associada à triagem de Manchester, lhe é atribuída uma prioridade. Esta primeira fase exige muita responsabilidade uma vez que deve ser realizada de forma rápida a não sobrecarregar o sistema, mas de forma atenta para que o doente seja bem avaliado. É nesta fase inicial, que são ativadas as Vias Verdes, sob o mesmo princípio de realizar uma avaliação precoce e disponibilizar o mais rápido possível os meios técnicos e humanos necessários para o seu tratamento. Durante o meu estágio pude assistir a ativações de Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC), e colaborar nas intervenções de Enfermagem realizadas num contexto de Sala de Emergência. A rapidez de atuação é premente e leva a que a relação da equipa seja um aspeto muito valorizado e determinante, exigindo competências de ordem técnica, nomeadamente a avaliação/monitorização de doente, a abordagem do doente crítico, a preparação administração de terapêutica, o domínio de conhecimentos teóricos e de conhecimentos relacionados com a prática, exigindo assim competências relacionais e humanas, implicando gestão de emoções, stress, comunicação eficaz e espírito de liderança. Um aspeto determinante que pude perceber neste serviço encontra-se relacionado com a partilha de emoções, de dúvidas e discussão dos casos, com o objetivo de entrelaçada, crescimento pessoal e profissional.

É importante em todos os contextos de atuação avaliar a capacidade que a família possui para lidar com a situação, para que também ela possa ajudar na recuperação do doente. É uma área que considero fundamental o papel do enfermeiro especialista, que no entanto, encarei com algumas limitações decorrentes da falta de experiência nos serviços, mas foi possível desenvolver técnicas e cuidados quando me senti integrada e segura, conhecendo a situação do doente, pois de contrário iria aumentar ainda mais a ansiedade da família. A primeira abordagem permite conhecer a família fomentando uma relação de confiança, diminuindo os níveis de ansiedade e permitindo que a família ajude neste processo de parceria. Em “serviços” tão avançados tecnicamente como o SMI e sala de emergência no

SU, explicar à família o que vai ver e como pode interagir com o seu familiar, através do diálogo e do toque físico, pode ser decisivo e útil para ambos.

A nível de cuidados de enfermagem ao doente crítico, os procedimentos que realizei durante o estágio no SMI e sala de emergência no SU, estiveram relacionados com a abordagem da via aérea artificial, ventilação mecânica, suporte farmacológico e monitorização invasiva. É determinante a manutenção e a otimização dos dispositivos invasivos e todos os procedimentos são “revestidos” de medidas de controlo de infeção, de forma permanente com a consciência que o doente crítico pela sua condição é muito sensível a agressões externas e propenso a infeções associadas a cuidados de saúde.

Tive a oportunidade de acompanhar a admissão de alguns doentes e de elaborar o processo de enfermagem, que é construído através de linguagem CIPE. A admissão de um doente em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma situação que exige por parte da equipa entreadjudada e colaboração, que neste serviço foi notória. É um momento de alguma tensão pois existe a preocupação da estabilização do doente, por isso a atuação deve ser rápida, mas segura, de forma que todos os procedimentos sejam executados com qualidade e segurança.

Durante este percurso aprofundei conhecimentos sobre monitorização e avaliação do doente crítico, através do contato com vários tipos de monitorização e da sua relação com a situação do doente. As mais utilizadas neste serviço foram a PVC (Pressão Venosa Central), Bispectral Index (BIS), Monitorização de pressões através da linha arterial e monitorização do bloqueio neuromuscular, train of four (TOF).

O BIS é um dispositivo que converte num canal único do Eletroencefalograma (EEG) Frontal num dígito (índice bi-espectral) com valores de 0 a 100. Considera-se com um bom nível de sedação entre 40 e 60, com baixa probabilidade de memória como refere Buisán e Ruiz (2008). Esta monitorização fornece informações objetivas sobre a resposta do doente aos fármacos, permitindo ajustar a administração de terapêutica às necessidades do doente.

## 2.1-Aspetos psicossociais

Os centros de saúde (CS) têm um papel de relevância nos cuidados de saúde, que por vários motivos nem sempre são reconhecidos pela população. Assim pelo percurso dividido e diferenciado nos três serviços, pude constatar que existe grande afluência de pessoas a este tipo de serviços, assim sendo, pude inferir que por vezes existem “más”

opções e estratégias por parte dos doentes com situações que poderiam ser resolvidas em serviços diferentes daqueles a que se dirigem, com especial relevância para os centros de saúde e para os serviços de urgência, causando conseqüentemente picos de afluência e situações de triagem mais morosa, e maior dificuldade na resolução de problemas. Através deste pressuposto, tentei perceber quais as razões que levam os doentes a optar pelo SU em detrimento dos centros de Saúde. Assim, os doentes consideram que os CS não apresentam: Infraestruturas adequadas à receção dos doentes; Especialidades médico-cirúrgicas; Meios complementares de diagnóstico; Médicos de família; Vagas para consulta com o Médico de Família, no próprio dia; Horário de funcionamento alargado.

Para além dos aspetos referidos anteriormente, os doentes consideram também que o diagnóstico e tratamento da sua situação de doença e/ou lesão é mais demorado ao nível dos CS, comparativamente aos seus processos homólogos realizados ao nível do SU. Consideram a utilização do SU vantajosa, mesmo que o episódio de urgência seja demorado, uma vez que permite, no mesmo dia ou em 24 horas, realizar a terapêutica e os Exames Complementares de Diagnóstico necessários para o diagnóstico da sua situação de doença e/ou lesão, a mais baixo custo, como refere Diogo (2007).

O sistema nacional de saúde reflete a sociedade em que vivemos, assim sendo e face a uma sociedade cada vez mais envelhecida, assisti nos vários módulos de estágio a uma elevada incidência de doentes com idades superiores a 65 anos, com especial enfoque para o centro de saúde e serviço de urgência em que essa tendência tem vindo a aumentar. É também nesta faixa etária que habitualmente existe um grau de dependência maior do doente face ao prestador de cuidados, que muitas vezes acaba por ser um familiar, e neste sentido, como profissionais de saúde devemos perceber que a família tem um papel importante, e que deve ser incluída sempre que possível nos cuidados. O apoio familiar no idoso contribui de forma determinante para o seu equilíbrio biopsicossocial, tendo como função favorecer um envelhecimento útil, como afirma Duarte (2012).

Pela maior exposição dos doentes em situação de domicílios, o enfermeiro tem maior enfoque nas questões psicossociais, pelo papel preponderante na relação com a família/cuidador, no processo de comunicação, nos ensinamentos, na conquista da confiança dos doentes, pelo maior respeito que deve demonstrar pela individualidade e privacidade. A parceria com as famílias é de extrema importância e deve ser criada o mais cedo possível, para se promover suporte social de acordo com as necessidades dos cuidadores e para que

se possa compreender o caminho percorrido pela família e os seus papéis, Campos e Padilha (2012).

As novas dinâmicas de sociedade que têm vindo a ter repercussões nas famílias, e nesse sentido ao longo deste percurso, deparei-me com situações que refletem o sentido da “evolução” social. Sumariamente, houve situações em que notoriamente não há tempo para cuidar do familiar o que origina um aumento de stress familiar, Duarte (2012) referencia que cuidar de um idoso dependente provoca mudanças na vida das pessoas nomeadamente nas relações familiares, profissionais e sociais. É de salientar que não se consegue ensinar num dia a cuidar de alguém dependente e o excesso de informação é prejudicial, com consequência no aumento da angústia e do stress. É extremamente importante fazer um diagnóstico de situação para perceber as necessidades do doente e do cuidador, sendo que o papel do cuidador é quase sempre assumido sem alternativa. O estado de saúde do doente e as suas solicitações podem ocupar de tal forma o tempo de quem cuida, que acarretam uma sobrecarga física e emocional tal como apontado por Campos e Padilha (2012). Durante a realização do estágio de opção foi detetada a necessidade que os cuidadores têm de expressar os seus sentimentos, angústias, cansaço, na validação de conhecimento, serem reforçados positivamente e em serem apoiados na sua missão de cuidar.

Verifica-se que a falta de “amparo” familiar e rede social de apoio aumenta a probabilidade de problemas graves de saúde. Para Monteiro (2010), a família representa um apoio essencial no cuidado da pessoa dependente no domicílio. Relembra ainda que a família constitui a unidade básica da sociedade, cujos membros estão especialmente determinados a cuidar uns dos outros, constituindo desta forma, a estrutura mais eficiente no processo de cuidar. No estágio de SMI foi possível constatar que muitos dos doentes internados eram homens de meia-idade, com uma situação familiar complexa, a maior parte das vezes sozinhos com pouca relação com a família, sem hábitos de vida saudáveis e que tinham como base a não adesão ao regime terapêutico. A consciência de que se pode ficar gravemente doente não existe, facilitando-se conseqüentemente num conjunto de circunstâncias que propiciam o surgimento da doença.

Um dos casos que mais me sensibilizou, durante este percurso, foi o de um jovem que numa noite teve um episódio de paragem cardio-respiratória, resultante de fibrilhação ventricular, sem antecedentes prévios. Nestas situações é fundamental conseguir gerir sentimentos e emoções para conseguir realizar uma relação terapêutica adequada. A

dificuldade está em conseguir manter um equilíbrio entre o lado racional e o lado emocional, que permita sentir, para que haja empatia e que consiga ter razão para manter a capacidade de apoiar. Durante este processo é necessário ajudar a família do doente, no entanto, esse desiderato nem sempre é fácil de alcançar pela complexidade inerente ao Ser Humano, mas a solução passa pelo respeito pela situação, comunicando de forma acessível e clara, com a informação disponível, mostrando interesse e disponibilidade para o esclarecimento de todas as questões. Situações tão extremas, levam-me a refletir sobre o valor da vida, dos nossos objetivos, o que é importante e a facilidade com que tudo muda. Leva-me a pensar no papel importante que têm as nossas relações familiares e redes sociais de apoio, para a nossa saúde e bem-estar, questões que podem e devem fazer parte da nossa atuação enquanto enfermeiros e do nosso papel de educar para uma saúde mental e física.

Os doentes internados em UCI passam uma experiência potencialmente traumática, podendo desenvolver transtornos psicológicos graves. O stress pós traumático, tem sido descrito em doentes que estiveram em UCI, sendo que a prevalência varia de 17% a 30% e a incidência de 14% a 24%. Os fatores de risco relacionam-se: com a história prévia de ansiedade, depressão ou pânico, com memórias traumáticas ilusórias (memórias derivadas de formações psíquicas como sonho e delírio), tempo de ventilação mecânica, experiências stressantes, crenças e comportamentos de característica depressiva como referem Caiuby et al (2010).

O enfermeiro tem um papel determinante para reduzir o stress e melhorar o bem-estar de um doente na UCI. Em relação à ausência de sono transmitida por alguns doentes, nesta unidade existe a preocupação de diminuir a intensidade da luz e do ruído, e reduzir as atividades, realizando somente aquelas que são essenciais atendendo à situação do doente, para que possa haver uma redução de estímulos. As experiências emocionais vividas durante o internamento, podem desencadear situações stressantes e traumáticas. As vivências durante o internamento estão muitas vezes relacionadas com a ameaça à vida ou com a gravidade da situação, sendo determinante a prevenção e o alívio do sofrimento. Os doentes consideram mais stressante, estarem entubados, medo da morte, não conseguir dormir, o ser picado com agulhas, não conseguir comunicar e o ruído provocado pelo equipamento conforme menciona Almeida e Ribeiro (2008).

Tive a oportunidade de ter uma doente que teve rotura do esófago e que teve necessidade de realizar esofagectomia total com necessidade de ficar no SMI, em que numa fase consciente, tinha memórias e sonhos que revelavam alguns procedimentos que lhe tinham

sido dirigidos durante o tempo que esteve sedada. A verdade é que é difícil avaliar as alterações de consciência e não há respostas concretas para o que acontece num cérebro em coma, fornecendo dúvidas sobre o grau de inconsciência, tal como referem Fernandes et al (2009). A doente foi incentivada a falar do que sentia, dessas sensações, que se revelaram coincidentes com intervenções realizadas, permitindo assim um ajuste com a realidade. Também neste contexto o enfermeiro desempenha um papel determinante na forma como o doente “assimila” as memórias, algumas delas sobre situações que aconteceram. Neste sentido, frequentemente aconselha-se a escrever um diário sobre os seus pensamentos de forma a extravasar as suas angústias e os seus medos.

Num ambiente tão técnico, facilmente se esquece da importância do toque, de falar e ouvir a pessoa que está a sua frente. O doente de UCI requer cuidados de excelência não só para os distúrbios fisiopatológicos mas também para questões familiares, psicossociais e ambientais tão associados ao processo de doença. O enfermeiro tem um papel determinante em tornar a UCI num ambiente menos hostil para todos os intervenientes, família, doente e mesmo a equipa de enfermagem. A enfermagem tem a responsabilidade e o compromisso ético e profissional de resgatar o sentido do seu agir e isso só é possível a partir da consciencialização do que o ser humano é capaz de buscar a si mesmo, a sua essência e por consequência buscar o outro, tal como é preconizado por Vila e Rossi (2002).

A “dedicação” ao doente crítico foi uma fonte de reflexão e aprendizagem, tal como o tempo para a realização dos cuidados. O cuidado que se tem com os pormenores da nossa atuação, com o respeito pela privacidade, o cuidado pela “imagem” do doente, com a forma como está posicionado. Na persecução dos pormenores da nossa atuação, pedimos à família para trazer material para a higiene, estimulando-os a trazerem os “amuletos” do doente, colocando-os na mesa de apoio, acabando desta forma, por fazer de um ambiente tão técnico e mecanizado, mais pessoal, uma vez que o isolamento face ao exterior, o excesso de estímulos auditivos e privação de estímulos habituais, podem desencadear ansiedade no doente.

É muito frequente a existência de doentes no contexto de SU e SMI, que têm ansiedade, sentimento de ameaça, perigo ou angústia (OE, 2012); assim é importante usar uma abordagem calma e tranquilizadora; esclarecer expectativas de acordo com o comportamento do doente; explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o doente possa ter durante o procedimento; escutar o doente com atenção; encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos com o objetivo o autocontrole da ansiedade

(Bucher et al 2010, Moorhead et al 2010). Muitas das intervenções enumeradas fazem parte do que devemos fazer na nossa prática diária e não associada a um diagnóstico de enfermagem, no entanto quando associado ao diagnóstico tem uma importância maior. Em contexto de SU, existem muitas situações de ansiedade e problemas não resolvidos, situações em que os doentes tem necessidade de falar com a família para resolver determinadas questões. Estranhamente, muitas vezes é fácil resolver esta questão e tem resultados muito favoráveis na situação do doente.

## 2.2-Comunicação com o doente e família

Em serviços em que a presença de situações limite estão tantas vezes presentes, o processo de transição saúde/doença, é de facto um tema sobre o qual o enfermeiro tem um papel essencial. A comunicação é uma ferramenta essencial nas suas várias formas. Durante este percurso foi-me possível vivenciar algumas situações em que o inesperado surgiu no trajeto das pessoas e que sem estar à espera se viram numa situação de perigo de vida. Foi-me possível conversar com a família de alguns doentes esclarecendo-os sobre algumas situações, incentivando-os a interagir com o seu familiar, falando com ele tocando-o e dando-lhe o tempo para que pudesse falar sobre as suas dúvidas.

O conhecimento da pessoa que se cuida é essencial, só assim se diagnostica, intervém e avalia de forma adequada. A comunicação é uma ferramenta indispensável para a enfermagem, cujo *“(...) principal objetivo é recolher informações tão precisas e tão amplas quanto possível a fim de orientar o pensamento para um diagnóstico de enfermagem ou para a determinação de um problema e, em seguida, organizar a ação.”* (Phaneuf, 2005, p.265).

Comunica-se muito antes de se iniciar uma conversação. A linguagem não-verbal “denuncia” o comunicador porque consegue ser mais fidedigna, revelando o mundo psicológico. Na verdade, não é necessário haver linguagem verbal para haver comunicação. Sem dizer nada pode-se comunicar muito. Como refere (Silva, 2006, p.46),” *A expressão do pensamento faz-se: 7% com palavras, 38% com sinais para-linguísticos e 55% com sinais do corpo*”. Na realização de um procedimento, pode existir comunicação sem haver essa consciência, interferindo no processo de tratamento. É importante ter presente que o doente e a família podem explorar a comunicação não-verbal e a partir daí

retirar muita informação. A maneira de olhar, o toque, o tom de voz, a postura e o silêncio, são técnicas de comunicação que influenciam a relação. Reporto-me para um caso ocorrido no SU de uma senhora que foi mordida na face por um cão, em que procurava nas nossas caras o seu espelho e a imagem com que estava naquele momento.

A cumplicidade e a empatia aproximam as pessoas e fazem com que o processo de cuidar seja mais fácil. O profissional de saúde tem como base do seu trabalho as relações humanas quer com o doente quer com a equipa multidisciplinar. Portanto o processo comunicativo é essencial na ação profissional como refere Silva (2006).

Foi com muito agrado que percebi o cuidado de enfermagem na dedicação ao doente e à família no SMI. Neste serviço em que o doente vive uma ameaça das funções vitais pela gravidade do seu estado de saúde, a família deve ser integrada em todo o processo de tratamento, nas decisões, e informada de forma clara sobre o estado de saúde do seu familiar. É uma fonte de informação essencial neste serviço permitindo conhecer melhor a pessoa na sua globalidade, determinando a qualidade dos cuidados. No estudo realizado por Freitas et al (2007) verifica-se que a maior insatisfação por parte da família relaciona-se com o contacto restrito com os profissionais de saúde e designadamente com o médico, o único responsável por fornecer informações do doente. A família tem necessidade de conhecer a situação do familiar e procura muitas vezes o enfermeiro, tal como o enfermeiro procura o familiar para conhecer melhor o seu doente e para ajudar o familiar neste processo. É uma experiência difícil e dolorosa para a família originando problemas emocionais e psicológicos, pois a rutura do quotidiano familiar, o medo da morte, a preocupação com os cuidados ao doente leva a que haja ansiedade, preocupação, frustração e raiva, tal como é referido por Urizzi e Corrêa (2007). As perguntas mais frequentes da família relacionam-se com o estado do seu familiar, os horários das visitas e como se procede para visitar e se podem telefonar. Neste sentido, o horário alargado de visitas permite que haja uma distribuição das visitas ao longo do dia, por outro lado, tranquiliza as pessoas pois existe uma abertura da equipa e da realidade da unidade. Existe muita flexibilidade por parte da equipa nesta unidade, mesmo quando existem entradas a meio da noite, existe a preocupação de chamar a família e falar com ela. No entanto, não é suficiente um período alargado de visitas, pois é necessário cuidar o familiar de modo a potencializar o processo de cuidar o doente. Neste sentido, fazem parte das competências do Enfermeiro, a atenção, a compreensão das emoções, sentimentos, apelos, crenças e limitações humanas e técnicas com que se depara no quotidiano. O acolhimento da família

num serviço tão específico é determinante para avaliar as relações familiares com objetivo de conhecer o doente e a capacidade da família em superar esta situação crítica e tão exigente. Neste sentido, existe no serviço um panfleto que é entregue à família, que reúne informações sobre a SMI, horários de visitas, números de telefone e condições gerais sobre o serviço.

Os três módulos tiveram contingências e características complementares em alguns sentidos, no entanto verifiquei que em contexto de SU, houve um aspeto que se demarcava de todos os outros, pela dificuldade de estratégias de comunicação assertiva com a família, uma vez que as condicionantes estruturais não permitem que haja acompanhamento permanente do familiar em determinadas áreas. Por outro lado, ainda existe a ideia que a família é um inconveniente nos cuidados, que só fazem perguntas, muitas vezes incómodas, fato, que é necessário desmistificar, uma vez que culturalmente não era frequente verificar contestação, e que cada vez mais se torna frequente haver envolvimento e interesse por parte da família em perceber quais os procedimentos utilizados para a melhoria do estado de saúde do familiar. Neste sentido é-nos exigido um maior conhecimento, segurança, responsabilidade e abertura com o doente e família/convivente significativo. É importante que se crie uma parceria de cuidados com as famílias, para que se perceba qual o percurso de cada família e os seus papéis, como referem Campos e Padilha (2012).

É importante refletir sobre o que é informar, pois muitas vezes é confundido com debitar informação com os termos mais biomédicos que encontrarmos de forma rápida, sem a abertura suficiente para haver hipóteses de questionar. Neste seguimento, quanto ao dever de informação o artigo 84º do Código Deontológico (OE, 2009, p.4) ” *refere que no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro deve: a) Informar o individuo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*”. Enquanto enfermeira, legalmente estou sujeita ao dever de informar, mas eticamente e porque sou humana devo ter em atenção o bem do outro, atendendo ao princípio da beneficência mas também ao da não maleficência. Devo ter em atenção o timbre de voz, o lugar onde falo, o olhar, a escolha as palavras de forma a preparar o doente e família para as notícias, percebendo o quer ouvir e o que está preparado para ouvir. Assim, mais de 75% da comunicação faz-se, com base em aspetos não-verbais, tornando-os elementos fundamentais na comunicação, mas que nem sempre são valorizados como afirmam Oliveira e Oliveira (2010).

Depois da informação transmitida devemos ter uma postura de interesse e disponibilidade para clarificar e esclarecer dúvidas, dando algum tempo para assimilar a informação, ao doente e à família, sendo essencial que se utilize uma linguagem acessível e clara. É determinante estar atento à comunicação-verbal, pois transmitimos sentimentos, emoções e a própria relação, através da intensidade dos gestos, a postura o tom de voz e da posição corporal, como afirma Lourenço (2012).

A transmissão de “Más notícias” pode criar em nós sentimentos de impotência, medos pessoais e sofrimento, neste contexto, devemos encontrar estratégias de forma a conseguir gerir da melhor forma esses sentimentos, para que nos tornemos próximos da pessoa que estamos a ajudar sem nos envolvermos intimamente com a situação. É uma área dentro da comunicação que exige experiência, maturidade e gestão de emoções.

No processo de comunicação com as famílias foi estruturante estabelecer pontes de contacto entre os serviços hospitalares e o domicílio dos doentes, e nesse sentido houve necessidade de criação de estratégias facilitadoras do processo de transição para o doente e para a família, pois frequentemente as pessoas depois de resolverem as questões que as levaram ao SU voltam a casa. Para Alves (2003) para cuidar é determinante saber comunicar, pois nas diferentes formas serve para legitimar discursos, comportamentos e ações. Ao comunicarmos de forma eficaz contribuimos para que haja maior satisfação, alcançando os nossos objetivos com maior eficiência. Qualquer forma de comunicar é válida se tiver como objetivo diminuir a ansiedade, reduzir a insegurança e garantir uma presença reconfortante. Comunicar é relacionar-se como refere Martins (2006).

Quanto a não conseguir comunicar, é um dos itens referidos como mais stressantes, também nesta área o enfermeiro tem um papel fundamental, que pode contribuir para a redução da ansiedade. Assim para minimizar este efeito, é necessário avaliar o estado de consciência para adequar a sua comunicação, criar um ambiente de aceitação e privacidade, sem pressa. Muitas das memórias do doente crítico relacionam-se com sensações, desta forma, utilizando o toque pode-se transmitir sensações agradáveis e favoráveis à recuperação do doente. Como mencionam Gala et al (2003) que realizaram um estudo sobre a ocorrência e significado do toque em Unidade de Cuidados Intensivos e semi-intensiva, os profissionais de saúde parecem entender a importância do toque e realizam-no sempre que possível e quanto aos doentes, a maioria deles parece satisfeita com a “utilização” do toque. Quando o doente recupera consciência e consegue perceber, é

importante falar com frases curtas, estabelecendo contacto visual, usando um tom de voz normal.

Em doentes em que a comunicação está prejudicada, o ambiente que o rodeia é determinante, bem como a relação que as outras pessoas estabelecem com ela. O toque como forma de comunicação, é necessário para o nosso bem-estar, servindo para denotar a presença de alguém. Muito associada à natureza humana, faz parte de todas as culturas., sendo ainda um canal de informação importante quando outros meios se encontram menos desenvolvidos, provocando alterações naquele que toca e é tocado tal como relatam Pacheco et al (2007).

Mesmo num doente sedado, existem alguns procedimentos que são realizados de forma frequente que são desconfortáveis, como aspiração nasal, oral e endotraqueal, no entanto, explicando o procedimento, os doentes ficam mais tranquilos, favorecendo a técnica. Utiliza-se muito mais a comunicação com o doente crítico do que eu estaria à espera inicialmente, com resultados favoráveis.

Durante este percurso promovi uma escuta ativa com a família e doente, esclarecendo-os, desenvolvendo uma comunicação assertiva com ambos, demonstrando em todo o processo aptidões de respeito com o doente e família. Adquiri competências sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e a relacionar-me de forma terapêutica respeitando as suas crenças e a sua cultura.

### 2.3-Assistência global ao doente com ferida

Durante a realização do primeiro Módulo de Estágio foi aplicado o instrumento de colheita de dados “Estudo Epidemiológico de Feridas” (Anexo II) cedido pelo Professor do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Paulo Alves, e ainda não publicada, com o objetivo de caracterizar a população que foi alvo de cuidados durante este período, analisando as características da população, o tipo de feridas, fatores de risco que intervêm na cicatrização, tipo de produtos utilizados e frequência de tratamentos. Neste percurso tive a oportunidade de cuidar de doentes com feridas crónicas; com úlceras de pressão- (UP), úlceras venosas, úlceras arteriais, pé diabético. Neste contexto foram assistidos 14 doentes com ferida crónica: 7 com Ulcera de Pressão, 1 com Ulcera de Perna arterial, 1 com Ulcera de Perna Venosa, 3 com Ulcera Maligna, 1 com Ferida Cirúrgica (resultante de doença arterial) e 1 com Ferida Traumática. A aprendizagem que adveio do

contacto e consequente tratamento diário durante este período demonstrou-se muito enriquecedora. Assim “*Qualquer ferida que não cicatrize em seis semanas, com terapêutica corretamente orientada, deve ser considerada ferida crónica*” (Justiniano, 2010, p.71). A média de idade dos doentes era de 78,7 anos, sendo que as idades estavam compreendidas entre 60 e 96 anos, 53,85% eram mulheres e 46,5% homens.

Através deste trabalho, foi possível registar os tratamentos efetuados, bem como, elaborar um plano de ação para minimizar os efeitos das úlceras e feridas nos doentes possibilitando posteriormente a sua melhoria. Assim, o tratamento efetuado nos referidos pacientes resultou numa progressiva melhoria devido à insistência em muitos casos diária dos cuidados de enfermagem, nos quais me enquadrei.

Existem vários fatores que interferem na cicatrização, nomeadamente os intrínsecos e ou extrínsecos designadamente a idade, estado nutricional, tabaco, mudança frequente de penso, limpeza agressiva da ferida (entre outras). Nesta população os fatores de risco mais presentes foram a Hipertensão Arterial, o Alcoolismo, Dislipidemia, Demência, Anemia, Neoplasia e Imobilidade.

O processo prévio à realização do tratamento de feridas acontece com o conhecimento do doente, da sua realidade, das necessidades e expectativas, para posteriormente negociar algumas adaptações, que favoreçam a cicatrização. Conhecer o doente e estabelecer uma relação de confiança é a base para todo o tratamento. É de extrema importância perceber qual o impacto que a ferida crónica tem na vida do doente, que mudanças implicou de forma a avaliar o conhecimento e a compreensão de todo o processo. A localização corporal da ferida tem impacto na vida das pessoas uma vez que pode influenciar a sua forma de estar e mesmo a realização das atividades de vida. Verificaram-se que as localizações mais frequentes das feridas foram; a anca, os membros inferiores e pés.

O nível socioeconómico do doente influencia a evolução da cicatrização da ferida, por isso a avaliação dos recursos económicos e de apoio social é determinante para programar o plano de atuação. A etiologia da ferida crónica é que determina o plano a seguir e o seu prognóstico. É determinante perceber se uma Úlcera do membro inferior é de etiologia arterial, venosa ou mista para posteriormente adequar o plano a seguir de forma a saber-se se pode ser benéfico ou não utilizar terapia compressiva. Quando o doente apresenta UP é importante implementar um plano para cuidar das Úlceras presentes, mas também prevenir

o aparecimento de novas. Nas Úlceras resultantes de doença metabólica é necessário controlar a doença de base.

Na UCSP de S. Roque existe uma grande variedade de produtos, permitindo várias opções de tratamento, que exigiram um investimento sobre a área de cicatrização de feridas e fatores que influenciam a cicatrização. Para fazer uma escolha adequada é fundamental caracterizar a ferida. O enfermeiro deve estar capacitado para saber mobilizar conhecimento de acordo com o doente, características da ferida e tipo de ferida, pode-se inferir que esta é uma área autónoma e com muito impacto na vida das pessoas. “É preciso saber conversar com as feridas”, foi uma expressão que um enfermeiro utilizou no sentido de saber avaliar esta problemática. Costa e Costa (2007) referem que para atingir os objetivos no processo de cuidar é importante ver a pessoa de forma integral, e que as condições fisiológicas emocionais e sociais estejam em equilíbrio.

Na realização de tratamento às feridas foi consolidado conhecimento, com a perceção da relação causa-efeito entre as feridas e os produtos adequados ao seu tratamento. Mais importante que os produtos é perceber a causa e tratá-la, e para isso é importante analisarmos o doente.

Uma das necessidades detetadas na instituição, foi a falta de avaliação periódica das feridas e de forma a suprir esse facto foi implementada de forma sistemática a sua avaliação e registo de 2/2 semanas, conforme sugerido por peritos da área. Foi utilizada a escala de avaliação PUSH TOOL 3.0 adaptada para avaliação da cicatrização de úlceras de pressão, mas que pode ser aplicado em todas as feridas (Anexo III). Foi escolhida por ser de fácil utilização e permitir comparar os dados nas várias avaliações. Foi acrescentado o tipo de produtos utilizados ao longo do tratamento. Ter realizado a caracterização das feridas periodicamente ao longo do estágio, permitiu ter a noção real da cicatrização e de como se comportaram ao longo do tempo. Foi motivador perceber que algumas das feridas cicatrizaram devido ao esforço de toda uma equipa de enfermagem dedicada aos domicílios na qual me inseri. Mas acima de tudo o tratamento de feridas é resultante de uma panóplia de circunstâncias, em que o dever do enfermeiro é diminuir os fatores prejudiciais à cicatrização e promover aqueles que a favorecem.

Como exemplo do supracitado, exponho um quadro que reflete a evolução de uma ferida Sr. M. Úlcera de Pressão categoria III, Trocânter direito, cuja primeira avaliação foi realizada em 2 de Maio e em 31 do mesmo mês estava cicatrizada. Para além da aplicação

da escala Push Tool 3.0 , que permite avaliar a cicatrização, contém a aplicação da escala de Braden e os produtos utilizados ao longo do tratamento.

Quadro 1- aplicação da escala Push Tool 3.0, material utilizado e escala de Braden

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden
02-05	2X2 (6)	Mínimo (1)	Tecido Granulação (2)	9	Tielle	13
16-05	1X1 (3)	Mínimo (1)	Tecido Epitelial (1)	5	Varihesive Extra -fino	13
31-05	0 (0)	Nenhum (0)	Encerrado	0	Varihesive Extra-fino	13

É importante referir que a escala não tem a avaliação da pele circundante, do nível de dor, da profundidade e do tipo de exsudado, sendo por isso efetuado um complemento de registo, quando necessário. Kammerlander et al (2011) referem que é frequente subvalorizar os bordos da ferida e região circundante, assim ao não tomar em conta este aspeto, podem verificar-se problemas acrescidos como irritação ou infeções que prolongam o período de tratamento. A proteção e cuidado com a pele circundante foi um cuidado frequente na prática exercida no período de estágio.

A UCSP utiliza o Sistema de Apoio à prática de Enfermagem 6.0, programa pessoalmente utilizado pela primeira vez, com as naturais dificuldades iniciais, que foram diminuindo com o decorrer do estágio pela prática de registos e pela ajuda facultada da tutora. A caracterização das feridas neste programa informático está muito completa, pois tem os vários itens a serem avaliados, como o tipo de tecidos, a dimensão, odor, sensibilidade, exsudado e pele circundante.

As UP são indicadores de qualidade de enfermagem, sendo sensíveis aos seus cuidados e representaram 50% dos doentes a quem foi realizado tratamento, durante o módulo III. O enfermeiro tem um papel importante na sua prevenção, devendo por isso ser encarado como um problema sério e um desafio a ultrapassar. A prevenção é a solução mais eficaz para o problema e a medida mais importante é a mudança frequente de posição, tal como refere Wada et al (2010).

Uma das maiores responsabilidades do enfermeiro é monitorizar a integridade da pele, assim como planear, implementar e avaliar as intervenções que conduzem à sua manutenção. Para a European Pressure Ulcer Advisory Panel/ National Pressure Ulcer

Advisory Panel (EPUAP/NPUAP, 2009, p.7), úlcera de pressão é uma *“lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão, ou de uma combinação entre esta e forças de torção”*.

Aquando da avaliação do risco de desenvolver UP, deve-se ter em consideração: Indicadores nutricionais que incluem a hemoglobina, anemia e albumina sérica, medidas sobre o aporte nutricional e peso; fatores que afetam a perfusão e a oxigenação que incluem a diabetes, instabilidade cardiovascular, índice de pressão tornozelo braço; Humidade da pele. A pele seca e/ou excessivamente húmida são fatores de risco. Em contexto domiciliário é premente a preparação dos cuidadores para esta problemática tão abrangente, sendo a avaliação das capacidades e dos seus recursos a primeira fase dessa preparação. O reforço do ensino sobre os cuidados com a pele, da necessidade de vigilância, da atenção às queixas de dor, ardor ou rubor, da importância da mobilização e da nutrição estão também inseridos na preparação dos cuidadores para a alta clínica. É numa fase inicial que se devem tomar medidas preventivas e, nesse sentido, importa informar a família sobre os cuidados a ter e sobre a existência de materiais de alívio de pressão como almofadas, colchões de pressão alterna e de como os adquirir. Dos doentes que fizeram parte do “estudo” e que apresentaram alto risco de desenvolver UP, três tinham colchão de pressão alterna, seis utilizavam almofadas na cama e cinco utilizavam almofada na cadeira. É importante fornecer informação sobre os recursos, a forma de os obter, e assegurar que as pessoas têm o conhecimento e as condições para fazerem as suas opções com responsabilidade, capacitando-as para decidir. Assim duas famílias decidiram não adquirir o colchão de pressão alterna, apesar de ser uma mais-valia para a melhoria da Prevenção das UP. A aquisição de material implica gastos económicos e adaptações na vida das famílias que nem sempre estão dispostas a fazerem, apesarem de terem a informação sobre as vantagens do equipamento.

A vigilância do estado da pele deve ser um cuidado permanente, assim a instrução, demonstração e o treino tornam-se ferramentas-chave no cuidar. Se numa primeira fase são muito reforçados estes cuidados, posteriormente é necessário avaliar se estão a ser realizados, reforçando positivamente o esforço. Foi enriquecedor perceber que os cuidadores assimilaram informação e que tomaram decisões adequadas, sendo os primeiros a alertar para lesões de humidade, rubores em proeminências ósseas, pele seca, alteração da alimentação ou do estado geral do doente. Para além dos produtos para tratar a ferida, foram utilizados durante este período hidrocolóides em zonas do corpo expostas a forças

de pressão, torção e fricção que se apresentavam ruborizadas, com resultados positivos na evolução das feridas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011) preconiza-se a avaliação do risco de desenvolvimento de UP nos doentes em todos os contextos assistenciais. Assim, nos cuidados domiciliários deve-se fazer a avaliação semanalmente. Não estando a ser implementado, numa primeira fase iniciou-se nos doentes com UP e, posteriormente, a todos (Anexo III). A avaliação com a escala de Braden em contexto domiciliário é importante para avaliar o risco de desenvolver UP, para poder planear e implementar medidas preventivas, e assim ajustar a atuação às necessidades do doente através de um plano de cuidados adequado.

A escala de avaliação do risco de UP é um complemento de avaliação clínica que em conjunto pode identificar pessoas em risco. A escala deve ser utilizada como auxiliar e nunca substituir a avaliação do enfermeiro, pois não considera as particularidades da pessoa, o seu contexto e a fragilidade da pele, contudo alerta para os fatores de risco, para a necessidade de avaliação, fornecendo um indicador do risco. Ainda referentes aos mesmos dados, dos treze doentes com ferida crónica, 46,5% apresentavam alto risco de desenvolver UP.

Durante o estágio de UCSP foram registados 3 doentes com úlcera maligna. O caso que mais sensibilizou foi o de uma senhora com cancro da mama, que foi registado num estudo de caso (Anexo IV). O material escolhido para a realização do tratamento da ferida foi alginato e uma base siliconada, sendo que em todo o processo foi procurado o conforto da utente, na vertente física e psicológica, através da realização dos pensos e fornecimento de informação adequada. Apesar de se enquadrar numa situação de cuidados paliativos, a utente procurou participar da melhor forma no tratamento, embora inicialmente tivesse momentos de tristeza e medo. Cuidar de uma doente com lesão maligna da mama foi um verdadeiro desafio do ponto de vista pessoal e profissional, pois exigiu competências na comunicação, para melhor compreender a doente, as suas perspetivas futuras e compreensão sobre a sua condição e prognóstico. Perceber quais as suas esperanças e medos foi essencial para a prestação de cuidados de qualidade. É uma fase difícil na vida da doente e da família, em que o enfermeiro pode e deve ter um papel importante, identificando e respondendo às suas necessidades. Para isso comunicou-se com a doente para identificar os seus objetivos, as suas prioridades, de forma realista e com o propósito

de melhorar a sua qualidade de vida, evitando suposições sobre os sentimentos da doente, procurando adotar uma postura empática em todo o processo.

Neste sentido, foi necessário aprofundar conhecimentos sobre úlceras malignas. Face ao estudo realizado verifiquei que estas resultam da infiltração de células malignas para o epitélio que levando à rutura da integridade epidérmica, podem resultar de metástases por via linfática, sanguínea ou diretamente do tumor primário como refere Poletti et al (2002). No tratamento de doentes com esta patologia deve-se ter em atenção o controle dos sintomas físicos, mas também os problemas psicossociais. A avaliação adequada é de extrema importância para compreender o indivíduo e as suas necessidades. Durante a avaliação alguns aspetos devem ser considerados nomeadamente; a história, o estágio da doença, a causa da doença, avaliação nutricional, tratamentos presentes, considerações emocionais, mudanças na auto-imagem, conhecimento da doença, influência da família no cuidado e o local da ferida, associado aos sintomas. Como protocolo para o cuidado de feridas malignas é sugerido: a) avaliação da evolução da ferida; b) utilização de produtos adequados; c) avaliação psicossocial; d) ensino ao doente e familiares como refere Poletti et al., (2002).

Um aspeto essencial prende-se com a imagem, a auto-imagem e o que os outros vêem. O impacto social e psicológico que a ferida tem sobre o doente altera muitas vezes o seu comportamento e hábitos de vida. É importante ser criativo e prático no tratamento de feridas malignas, especialmente para aquelas que estão localizadas em posições anatómicas mais “difíceis”. Para cuidar melhor é essencial debater questões do mau odor, sexualidade e sentimentos negativos como nojo e vergonha, de forma a desmistificar estes tabus. Os sintomas devem ser tratados de forma a diminuir as complicações da doença e melhorar a qualidade de vida, permitindo uma sensação de bem-estar físico, psíquico, emocional e social, como referem Gomes e Camargo (2004) e Maida, (2009).

#### 2.4-Doente com Dor

Ao SU, o doente ocorre maioritariamente por situações agudas, a que o enfermeiro tem que responder de forma rápida e correta, atendendo ao que é prioritário. Neste serviço pode-se cair na tentação de estar à espera da prescrição médica para poder intervir, tornando a nossa ação num conjunto de ações interdependes. Quando um doente ocorre a este serviço

espera que o seu problema seja resolvido o mais depressa e eficazmente, assim se tiver Dispneia, Dor acentuada, ou mesmo em situações mais graves como um AVC, Trauma, Enfarte ou Edema agudo do Pulmão espera que haja uma atuação rápida e correta, mas também que resolva a causa que o levou a este tipo de serviço hospitalar.

A dor é um dos motivos principais pelo qual se acorre à urgência. “*O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde*” (OE, 2008, p.9). É determinante avaliar, diagnosticar, intervir, executar e avaliar os resultados de forma a que o doente se sinta envolvido na avaliação e no tratamento. O seu controlo é determinante, pois limita o foco de atenção, provoca alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (OE, 2012). Assim, avaliar a dor, avaliar a resposta psicossocial à dor, gerir a dor, ensinar sobre a gestão da dor, administrar analgesia, aplicar medidas não farmacológicas, perceber qual é a sua causa tendo como objetivo reduzir a dor, fazem parte de um conjunto de requisitos essenciais para se perceber as questões relativas ao conceito de dor. A postura do enfermeiro pode ajudar no controlo mais eficaz da dor, transmitindo calma, interesse pelas queixas do doente, segurança na sua atuação, rapidez, assertividade e confiança que pode influenciar o resultado.

A dor é uma sensação subjetiva de sofrimento e desconforto, demonstrada muitas vezes pela expressão facial, alteração do tónus muscular, alterando muitas vezes a fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração inquietação e perda de apetite. É muito frequente nos doentes com ferida crónica e a sua abordagem exige a organização de respostas, de recursos e uma estrutura organizada de acordo com um modelo biopsicossocial, respeitando e promovendo a sua individualidade tal como referem Marcos et al. (2010).

O processo de cicatrização é influenciado pela dor, sendo que a altura de mudança de penso é a mais dolorosa, seguida da limpeza agressiva da ferida. Materiais aderentes e secos são os que mais provocam trauma, ao invés, os materiais de silicone são dos que menos trauma e dor provocam como referem Alves et al. (2009). No grupo de doentes com ferida crónica que foram cuidados no UCSP em contexto domiciliário, 46,15% dos doentes tinham dificuldades em comunicar verbalmente devido à sua patologia (demência e AVC), por conseguinte a avaliação da dor foi feita através de outras manifestações corporais, como expressão facial e visual, contrações corporais e desconforto do doente. De acordo com Gonçalves (2010), muitas vezes o doente, devido ao seu estado de saúde, apresenta

esta necessidade comprometida, sendo o papel fundamental do enfermeiro estabelecer uma adequada comunicação.

Durante a realização do estágio no SMI, a avaliação da dor/desconforto fez parte dos princípios tidos em conta no planeamento e prestação de cuidados. Num doente sedado a avaliação centra-se nas manifestações corporais como contração corporal e expressão facial, havendo em determinados procedimentos que acarretavam situações mais dolorosas, a preocupação de administrar analgesia para diminuir a dor.

## 2.5-Doente em fase terminal

O SU não é de base um serviço organizado para acolhimento e tratamento de doentes em fase terminal, no entanto face às circunstâncias impostas pelo agravamento do estado de saúde nessa fase da vida, acaba por ser um imperativo de consciência recorrer às urgências hospitalares, pois não existem grandes alternativas. Na última fase da vida é determinante tomar decisões que contribuam para a qualidade de vida do doente e do seu bem-estar. Como refere o Código Deontológico (OE, 2009, p.5,6) Artigo 87.º *”Do respeito pelo doente terminal O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”*.

A forma como a morte é socialmente encarada tem vindo a alterar-se, uma vez que no passado era comum a morte dos doentes ocorrer em contexto domiciliário, no seio da família. Na atualidade esse paradigma mudou, pois passou a ser frequente a morte ocorrer em ambiente hospitalar, o que necessariamente origina uma maior dificuldade em encará-la como etapa do ciclo de vida. Com os avanços da tecnologia, a morte tornou-se quase um fracasso da medicina, sendo difícil de lidar, pelo investimento técnico e pessoal que é feito na recuperação dos doentes. A morte humana é uma realidade complexa, é um acontecimento que diz respeito a todos nós, mas de que facilmente se evita falar e pensar como refere Saraiva (2007).

Para a maioria dos profissionais da urgência com quem tive a oportunidade de falar, grande parte das situações marcantes ao longo da sua experiência profissional, estiveram relacionadas com mortes de doentes. Como refere Pacheco (2006) os sentimentos vividos são diferentes se a causa for suicídio, por acidente ou doença prolongada. O SU é um serviço que diariamente contacta com a morte, quer inesperada ou como resultado de um processo de doença. O cuidar do doente terminal é um tema muito atual neste tipo de serviços e com necessidade de ser debatido em equipa para se refletir sobre práticas, aspetos legais e éticos. Assim, foi possível refletir em pequenos grupos sobre o doente terminal na urgência, sobre a nossa atuação enquanto enfermeiros e a nossa responsabilidade no cuidar. Continua a ser difícil lidar com a proximidade da morte, falar com o doente acerca da própria morte, bem como das diferentes perceções, valores e atitudes dos vários membros da equipa. É uma fase muito importante para a vida do doente, da família e da equipa sendo um percurso muitas vezes doloroso, complexo, mas estritamente necessário. O acompanhamento de um doente terminal é muito importante pois ninguém deve morrer sozinho como refere Reis (2008).

O nosso objetivo nesta última fase é o de tentar proporcionar bem-estar e qualidade de vida da pessoa, promovendo uma abordagem holística do sofrimento, devendo ajudar, no sentido de dignificar o último momento de vida, de modo que se consiga o controlo adequado dos sintomas. A comunicação adquire também neste contexto uma importância primordial, para que se consiga o cuidado holístico acima referenciado. É de extrema importância que se fomente o espírito crítico e reflexivo na equipa de enfermagem que tem um papel essencial nesta última fase de vida.

Também no SMI, a equipa multidisciplinar convive com outros fatores desencadeadores de stress, tais como: a dificuldade de aceitação da morte, a seleção de doentes e a opção terapêutica de “medidas de conforto”; estes são alguns dos dilemas éticos e profissionais vivenciados quotidianamente pela equipa que atua em cuidados intensivos. Existem ainda sentimentos por parte da equipa que estão intimamente ligados com dificuldades em lidar com a proximidade da morte por parte do doente, sendo que o objetivo dos cuidados nesta fase passa pelo conforto e pelo bem-estar, alívio do sofrimento físico psicológico e espiritual, bem como as necessidades dos familiares como referem Sapeta e Lopes (2007).

A medicina teve um grande avanço técnico e científico permitindo aumentar a eficiência e segurança dos cuidados, através da utilização de novas medidas terapêuticas. Cada vez mais se investe em doentes com maior gravidade e que anteriormente não teriam

possibilidade de sobreviver. Num serviço como o SMI decide-se muitas vezes sobre o prolongar ou interromper medidas terapêuticas em doentes, o que muitas vezes causa alguns problemas éticos. Trata-se de uma decisão sobre a vida e a morte de alguém, quando não tem capacidade de recuperar e se esgotaram as medidas terapêuticas no sentido de prolongar a vida, que se lhe podem oferecer, não lhe provocando mais sofrimento, e não tendo uma atitude de obstinação terapêutica. Suspender medidas terapêuticas é uma decisão difícil e normalmente tomada em reunião de equipa médica. O enfermeiro dá a opinião mas de forma informal, neste sentido seria uma mais valia explorar este papel, no apoio e na inter-relação com a família. Nesta fase é importante apoiar a família pois sofre ao ter consciência da possibilidade de morte do seu familiar, sendo influenciada com as lembranças de morte de outras pessoas, advindo da comparação do sofrimento vivido e a compreensão sobre o tema tal como mencionam Lima e Rosa (2008).

Neste contexto apliquei conhecimentos específicos que me permitiram desenvolver capacidades profissionais contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e humano designadamente na identificação, no contexto do doente crítico, das situações que requeiram cuidados especializados no âmbito da Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica nomeadamente, em situações de falência orgânica, dor e fim de vida.

Durante este percurso desenvolvi um estudo de caso (Anexo V) que compreendeu o período de tempo de 4 a 15 de Janeiro, de uma doente que foi submetida a esofagectomia com confecção do tubo gástrico com anastomose L-L. Com sintomas desde Maio de 2012, foi-lhe diagnosticado um carcinoma epidermoide do esófago em Agosto. Iniciou radioterapia e quimioterapia coadjuvante em Outubro e Novembro, com diminuição do tumor. Permitiu-me constatar que foi uma situação que tem consequências em toda a família, uma vez que esta é consciente da complexidade da situação, com consequências para a qualidade de vida da doente e da família. A cirurgia inicialmente foi encarada como forma de melhorar as condições da doente, no entanto, durante o internamento de SMI, houve algumas intercorrências resultantes de toda a situação que modificaram as expectativas da família e atuação da equipa. Neste sentido foram levantados diagnósticos de enfermagem dirigidos à família e à doente. Constatei que foi um internamento longo, prolongando-se para além do descrito no estudo de caso, com um período longo de ventilação invasiva, com dificuldade no recrutamento ventilatório, com realização de traqueostomia e posteriormente com deteção de células malignas no líquido pleural.

Durante este período foi-lhe diagnosticada uma infeção associada a cuidados de saúde, o que implica uma análise e reflexão sobre a nossa atuação enquanto profissionais.

## 2.6-Controlo de infeção

O controlo de infeção tem no serviço de SMI uma particular relevância, pois o doente em cuidados intensivos tem uma grande suscetibilidade para contrair infeções, pela sua situação clínica e pela quantidade de portas de entrada que ameaçam o seu equilíbrio natural, designadamente a ventilação invasiva, os cateteres venosos centrais (CVC), arteriais e vesicais. Neste contexto, existem várias implicações ético-legais relacionadas com esta temática, com implicação no estado do doente, na Qualidade e Melhoria da qualidade dos cuidados prestados. É essencial a reflexão com olhar crítico, determinando lacunas que possam ser melhoradas tendo em conta o benefício do doente e de todos os envolvidos no processo de cuidar conforme refere Padilha (2001).

O controlo da infeção é uma preocupação constante na abordagem de um doente crítico, e sobre o qual refleti de uma forma constante durante o estágio. Foi para mim uma meta a atingir, de forma a melhorar as minhas práticas, incutindo no doente o menor risco possível de infeção.

A área do controlo de infeção foi uma área que durante o estágio de SMI investi de modo singular, através da pesquisa realizada sobre o tema, apercebendo-me que existem BUNDLES (pacotes de recomendações baseados na evidência) sobre as várias intervenções. Todos os colegas com quem estive próxima demonstraram conhecimentos das guidelines e das Bundles orientadoras da prevenção de infeções associadas ao cateter venoso central, pneumonia associada ao ventilador e outros. De facto é uma preocupação da equipa retirar os dispositivos invasivos quando não são utilizados, ou propor a mudança quando existe suspeita de infeção. O rastreio infeccioso é realizado de forma frequente, contribuindo para a avaliação do doente e para o melhor ajuste de medidas terapêuticas e de atuação.

Atendendo à pesquisa, comparei algumas recomendações com a prática diária neste serviço. No que diz respeito aos (CVC), são colocados na subclávia como de resto recomenda o Ministério da Saúde (2006). Os cateteres introduzidos na veia jugular interna tem maior risco de infeção do que aqueles que são introduzidos na subclávia ou femoral. Todos requerem regras de uso apropriado, no entanto, as soluções antissépticas, de base

alcoólica são as mais aconselhadas em toda a bibliografia, porque combinam os benefícios de rapidez de ação, com a atividade residual e espectro bacteriano. Preconiza-se a utilização técnica correta com lavagem cirúrgica das mãos quer se utilize sabão antisséptico e água quer se utilizem soluções alcoólicas. Deve realizar-se antes e após palpar o local de inserção, bem como antes e após inserir, substituir, aceder, reparar ou fazer o penso de um dispositivo intravascular. A palpação do local de inserção não deve ser efetuada após aplicação do antisséptico, a não ser que se mantenha técnica assética.

A desinfecção dos acessos inicialmente era feita com clorhexidina alcoólica (antisséptico, que pode ser utilizado em dispositivos médicos), posteriormente foi utilizado álcool a 70%, limpando as torneiras de 3 vias com álcool a 70% antes de abrir o sistema conforme indicado nas recomendações (Categoria IA). Quanto a este ponto, quando abordei que o álcool era o recomendado, os colegas tinham o conhecimento e de fato muitos deles já o utilizavam na sua prática, o que demonstrou a sua atualização de conhecimentos.

Neste serviço utiliza-se frequentemente pensos transparentes para proteção do CVC, que são substituídos de 3/3 dias, conforme protocolo da instituição. Quando abordei a questão de poderem permanecer pelo menos 7 dias (Categoria IA), a minha tutora demonstrou abertura para esta informação, sendo que haveria alguns benefícios com esta mudança, designadamente na redução dos custos implicados com o dobro das mudanças, e na redução dos riscos associados à manipulação do CVC.

Foi possível através de conversa informal com os colegas, perceber que houve um conjunto de medidas relacionadas com a colocação e manipulação do CVC que estão descritas nas bundles e que diminuíram o número de infeções associadas ao mesmo. As medidas que foram implementadas relacionam-se com a antisepsia da pele com clorhexidina solução dérmica e alcoólica, tricotomia com auxílio de máquina, utilização de clorhexidina solução alcoólica como antisséptico no local de inserção do CVC e proteção das vias não utilizadas com “napron” estéril. A mudança de comportamentos não é fácil, mas é determinante para se conseguir melhorar as práticas e proteger o doente, oferecendo-lhe cuidados de saúde de excelência.

Quanto à Pneumonia associada ao ventilador, existem intervenções de enfermagem associadas à diminuição do risco de infeção, em que destaco, os cuidados de higiene orais realizados com clorhexidina, aspiração naso e orofaringe, avaliação da pressão do cuff antes de baixar a cabeceira do doente, posicionar o doente ventilado e a fazer nutrição

entérica de 30 a 45° (caso não haja contraindicação), avaliação do conteúdo gástrico frequentemente como determina o Ministério da Saúde (2003).

O posicionamento correto dos circuitos ventilatórios contribui para que não haja entrada dos fluidos resultantes da condensação, sempre que possível deverão ser colocados num plano inferior ao tubo endotraqueal, para que haja facilidade na drenagem no sentido exterior e não o contrário como menciona Matos (2010). Este procedimento é muitas vezes realizado só por uma pessoa, o que nem sempre é fácil para desconectar o sistema mantendo técnica asséptica, ainda que se tenha experiência.

O papel do enfermeiro no controlo de infeções consiste na implementação de medidas seguras no cuidado do doente, expondo-o ao menor risco possível, em todos os contextos de atuação. Considerando as boas práticas de enfermagem, preconiza-se a utilização de técnica assética nos procedimentos que seja necessário, bem como a lavagem das mãos corretamente, antissepsia com base alcoólica e a utilização do isolamento quando se justifique. Deve-se ainda comunicar ao médico sempre que haja evidência de infeção e ensinar a família sobre as formas e métodos de diminuição do risco de infeção. Em contexto domiciliário nem sempre é fácil reunir todas as condições básicas de higiene, e o ato de lavar as mãos nem sempre é possível, o que exige por parte do enfermeiro algumas estratégias de forma a colmatar esta situação.

É de realçar o papel e a intervenção da comissão de Infeção do HPH, pois possui normas bem definidas e grupos de trabalho no serviço. Uma das normas implementadas está relacionada com a admissão do doente nesta unidade vindo de outro hospital, pois é sujeito a um controlo para se perceber se tem *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) e acinetobacter, sendo que, até virem os resultados do laboratório os doentes permanecem em isolamento de contacto.

A relação interdisciplinar, nomeadamente médico- enfermeiro, neste serviço também é diferente de outros serviços, sendo mais próxima e dependente. A discussão da situação clínica do doente e mesmo algumas medidas terapêuticas fazem parte do quotidiano partilhado entre os diferentes profissionais, no sentido de perceber qual a melhor atitude a ter em determinada situação, próxima no sentido de espaço físico, mas também na troca de conhecimento e de experiências. Muitas vezes o médico “pergunta” ao enfermeiro o estado do doente e da sua opinião em relação ao “prognóstico”, o que ajuda na integração dos cuidados do enfermeiro no estado de saúde do paciente.

Outro aspeto pertinente durante este período foi a dinâmica criada com internos de medicina, em que sob a supervisão de residentes, realizam cuidados aos doentes nem sempre de forma correta, nomeadamente na área do controlo de infeção e da dor. É fundamental ter atitude crítica em relação ao nosso trabalho e também de quem nos rodeia, numa atitude de crescimento e desenvolvimento profissional devemos ter uma atitude proativa em relação ao nosso desempenho e ao dos outros.

Quando aquilo que vemos não está de acordo com a boa prática é essencial que de uma forma assertiva se tente corrigir, com objetivo do bem comum que é o doente e respeito pelo princípio da beneficência e não maleficência. Mas para que isso aconteça é necessário segurança e maturidade de quem corrige e isso é uma competência que nem todos os profissionais possuem, mas que é premente desenvolver num serviço em que a parceria resultante da relação interdisciplinar e a qualidade dos cuidados são tão determinantes no resultado.

Assim, é determinante alertar para a importância da lavagem frequente das mãos e da utilização da base alcoólica, medidas simples que salvam vidas e que nem sempre se está sensibilizado para estas questões de suma importância. Este é um processo de relativa facilidade de compreensão, tal como a administração de analgesia antes e durante um procedimento doloroso, como por exemplo a sutura abdominal ou outro. É quase leviano da parte dos profissionais de saúde não controlar este sinal vital, podendo fazê-lo de forma simples e eficaz.

### **3-Gestão de Qualidade e de Recursos**

Estamos num tempo de mudança económica social e neste contexto a enfermagem tem a responsabilidade de utilizar o saber, com competência o que exige ainda mais dedicação. A excelência do cuidar é uma meta que se deve perseguir, deve ser uma meta a alcançar, tendo por base ganhos em saúde como consequência do trabalho desenvolvido. O profissional de saúde é obrigado a atualizar os conhecimentos e competências, pois disso depende a qualidade dos cuidados de saúde conforme expõem Alves et al (2012).

Com o país em crise, não se devem descurar os cuidados de saúde de enfermagem, preservando a qualidade do que fazemos. As pessoas recorrem muitas vezes aos cuidados de saúde primários e hospitalares, porque as suas necessidades de saúde não estão satisfeitas, e nesse sentido é importante investir no papel do enfermeiro no acompanhamento dos doentes, na gestão de terapêutica, adesão ao tratamento e na adaptação ao processo de doença.

A prática deve-se adequar à realidade e aos recursos que estão disponíveis. Muitas vezes em contexto domiciliário não existem condições ideais, no entanto, deve-se dar o melhor cuidado ao doente. Enquanto enfermeira, tenho o dever de colocar em prática todos os saberes. Os cuidados de saúde não são gratuitos, têm custos, pagos pelo estado ou por parcerias com outras entidades, sendo que a alteração das isenções, está a condicionar a forma como as pessoas recorrem aos cuidados de saúde, no entanto, está a consciencializar e a responsabilizar cada vez mais os doentes e os profissionais de saúde sobre as decisões que tomam.

Ajustar o plano de cuidados de acordo com as necessidades do doente tendo em conta os recursos da instituição e do doente, foi uma preocupação constante nos 3 serviços, de forma a ir de encontro à assertividade dos procedimentos, cujo objetivo primordial foi a utilização eficiente de recursos.

A gestão de materiais de forma adequada permitiu rentabilizar os recursos económicos, tornando-se necessário utilizar adequadamente os produtos tendo em conta as suas características, a respetiva duração de utilização e cada vez mais o preço. Neste sentido, A

longo prazo a realização de tratamentos de forma mais frequente do que o necessário, implica um custo maior, sem benefício, custo esse, mais acentuado se a realização for no domicílio. Torna-se premente refletir sobre a prática e sobre o custo/benefício da atuação de enfermagem. Assim, foi interessante perceber o preço dos produtos utilizados, e forma como a escolha do material a utilizar deve ser ponderada, orientando a prática de acordo com a melhor evidência científica, tendo em conta os pressupostos económicos.

Na UCSP estava a ser organizado o carro de emergência, conforme a norma da Direção Geral de Saúde que está referido no Ministério da Saúde em 2011, alusivo ao mesmo tema. Foi elaborado um documento de registo para validade e uma sugestão para acréscimo á da norma (Anexo VI). Os documentos sugeridos permitem ter um controlo maior das validades, melhorando a gestão dos materiais, tornando-a mais eficiente de forma a responsabilizar os profissionais para a utilização e manutenção do material. Foi aconselhado que toda a equipa tivesse a oportunidade de ficar responsável pela manutenção do carro de emergência, não sendo muito utilizado, é importante que toda a equipa saiba trabalhar com ele, para que numa situação de emergência toda a equipa seja capaz. A verificação mensal deve ter uma enfermeira responsável por cada mês e rodando por toda a equipa. Foi sugerida uma formação em serviço sobre este tema.

Em todos os serviços existe sempre alguma presença do imprevisto, e neste percurso foi uma constante, havendo consequentemente um apelo interior para a capacidade de adaptação, gestão de stress e seleção de prioridades para assim responder de forma célere ao agravamento do estado de determinados doentes, que em instantes passam de um estado estável, para estados críticos de saúde, sendo estruturante assegurar as funções vitais através de uma resposta rápida e eficaz. Assim, o inesperado acompanha o dia-a-dia do enfermeiro sendo determinante o espírito de equipa e a entreaajuda.

Como características comuns ao SU e SMI, posso referir que é o chefe de equipa/responsável de turno que faz a distribuição dos enfermeiros por turno e que faz os ajustes necessários ao longo do mesmo. Tive a oportunidade de perceber os seus percursos profissionais desde a sua formação base de Enfermagem, até ao momento que assumiram a liderança, e tive a perceção de como foi processada essa transição para chefe de equipa, bem como foi assimilada a decisão pelas restantes equipas de substituir o anterior colega. A síntese deste longo processo profissional permitiu reconhecer que a liderança deste tipo

de serviços relacionou-se com a competência, formação, respeito e espírito de liderança que se adquirem nesse mesmo processo.

A liderança não é fácil de atingir. A forma como o chefe se relaciona com a equipa é fundamental, pois deve estar próximo para a poder conhecer, mas ao mesmo tempo proceder a alguma distância para poder intervir, devendo ser assertivo não deixando que as situações se arrastem, intervindo logo que possível, para que os problemas fiquem controlados e não persistam.

A importância de inculcar responsabilidade, segurança, motivação e espírito de ajuda e perceber que a formação/conhecimento é também importante na função de chefe de equipa. Conhecer a sua equipa permite confiar, em elementos para o ajudarem na deteção e resolução de situações problemáticas. O encorajamento e o reforço positivo, adquirem também uma estratégia com bons resultados, permitindo que as pessoas se sintam motivadas a investir e evoluir profissionalmente, adquirindo novas competências. Especificamente fazer parte da equipa de emergência é um marco determinante na prestação de cuidados no SU. Mesmo depois de fazer o suporte avançado de vida, é importante motivar e apoiar o enfermeiro, de forma, a que a transição para esta nova função se faça de forma segura. Outra particularidade difícil de se conseguir, mas importante no crescimento profissional e que demonstra maturidade e abertura, é a partilha de dúvidas e de situações para discutir na equipa, o que comprova que o trabalho de chefia tem contribuído para a motivação da equipa e a sua progressão enquanto profissionais de saúde.

Na gestão de recursos humanos, tive a possibilidade de observar como o Enfermeiro chefe faz os horários nos vários serviços, sendo que roulement fixo, é o mais fácil. No entanto, existem particularidades na atribuição de compensações de horas, sendo que deve haver cuidado quando se dispensa um elemento de determinados turnos, uma vez que pode ter repercussões no salário auferido.

No SMI o método de trabalho utilizado é o individual, sendo que cada enfermeiro durante o turno tem um ou dois doentes, o que acaba por ter justificação pela dedicação quase exclusiva dos enfermeiros durante o período de trabalho, em contraponto com o CS e SU onde o número de doentes é mais vasto. O método individual responsabiliza o enfermeiro pela sua atuação, motivando-o a ter uma postura de procura do saber e atualização das suas práticas. É um serviço exigente pois implica uma observação constante, com relação

constante de conhecimentos, em que o inesperado é frequente, com a alteração rápida da situação do doente, havendo uma necessidade de uma adaptação constante da atuação.

A distribuição dos doentes é realizada no turno anterior pelo responsável de turno, e muitas vezes implica considerar e ponderar o tipo de doentes que existem e os profissionais com as suas capacidades e competências, sob pena de ser injusto e de ter implicações para o enfermeiro e na qualidade dos cuidados prestados. Nesse sentido, quem faz o plano de trabalho deve conhecer os elementos da equipa de forma a rentabilizar os recursos e a motivar os elementos no crescimento e desenvolvimento profissional.

Ainda no caso de SMI a enfermeira de referência tem função de gestão, supervisionando os cuidados prestados, intervindo com o objetivo da melhoria dos cuidados prestados. Assiste à passagem da visita servindo de elo de ligação da equipa de enfermagem e médica. Foi interessante perceber como “assimila” a realidade dos doentes e dos cuidados prestados a cada doente. Durante a manhã colabora nos cuidados prestados e ao mesmo tempo avalia a sua qualidade e a sua eficiência, conhecendo o doente e o enfermeiro, avaliando se o plano de cuidados está adequado à realidade do doente. O facto de ser EEMC, permite-lhe ter capacidade de cuidar da pessoa na vivência de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, no sentido de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, adequando os cuidados face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil.

Foi possível realizar com a Enfermeira de referência do SMI “auditorias” aos planos de cuidados realizados pelos colegas, percebendo quais os diagnósticos mais sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para Petronilho (2009) a produção de indicadores de qualidade em enfermagem é um objetivo de forma a evidenciar a utilidade social da profissão e visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros, no sentido de medir os ganhos em saúde resultantes das áreas autónomas de enfermagem e da sua capacidade de conceber, agir e avaliar (processo de enfermagem; diagnósticos, intervenções e resultados). Os registos de enfermagem são nesta instituição uma preocupação com resultados visíveis, acabando por ser uma forma de evidenciar o que fazemos enquanto enfermeiros, percebendo os ganhos em saúde resultante da nossa atuação. Um dos aspetos que valorizam e que é alvo dos nossos cuidados, é a prevenção de UP e avaliação da pele, em que é realizado de forma sistemática e cuidadosa.

No que se relaciona com os registos de enfermagem os objetivos gerais passam por: facilitar a comunicação entre a equipa multidisciplinar; servir de suporte na continuidade dos cuidados; permitir uma avaliação dos cuidados; melhorar a qualidade dos cuidados; individualizar os cuidados; determinar responsabilidades; permitir uma proteção legal; fornecer dados estatísticos; analisar custos hospitalares e fornecer dados para a investigação.

Quanto aos domicílios só se fazem registos informáticos ao final do dia, o que não os torna tão fiéis nem seguros. Foi proposta á Enfermeira chefe da UCSP um equipamento portátil com o Sistema Apoio à Prática de Enfermagem e ligado em rede, para rentabilizar recursos, pois poderia utilizar-se o tempo entre visitas para realizar registos de enfermagem, tornando o processo mais eficiente.

Durante este percurso tive a oportunidade de vivenciar novas formas de gerir pessoas e cuidados de enfermagem, levando-me a refletir sobre a importância de se conseguir motivar as pessoas de forma que a cada momento cada um de nós possa contribuir com o melhor, para que o objetivo seja a melhoria do estado de saúde do doente, e a qualidade dos cuidados de forma eficiente. Penso assim ter adquirido competências na gestão de cuidados e de pessoas, tão determinante nos tempos atuais.



#### **4-Formação**

A formação deve ser contínua durante o percurso profissional, com o objetivo de atualizar conhecimentos, refletir sobre as práticas e debater ideias para melhorar o cuidar. A sua promoção contribui para a motivação e satisfação das pessoas, quando dirigida aos seus interesses e necessidades. Atendendo a que vivemos numa época de crise e mudança, pode ser encarada como forma de atingir objetivos de forma eficiente, rentabilizando os recursos materiais e humanos. Ao longo do percurso pude perceber algumas lacunas existentes nos diferentes serviços, e neste sentido num espaço de partilha de conhecimentos, propus que fossem efetuadas sessões de esclarecimento e de formação com vista a adequar e acomodar conhecimentos, procedimentos e técnicas. Assim e face a este pressuposto, efetuei 1 formação, para cada um dos serviços de acordo com as minhas experiências e saberes.

No caso específico do UCSP, a formação em serviço é uma constante estratégia que permite a integração da evidência na prática, tendo em conta as necessidades da equipa, obtendo a qualidade dos cuidados. Para Gavão e Ursi (2006) a tomada de decisão requer fundamentação no conhecimento científico, bem como, a prática baseada em evidências preconiza a utilização de resultados de pesquisa na prática clínica.

O planeamento das formações na UCSP é feito pela enfermeira chefe, no início do ano, e os temas são sugeridos pela equipa de enfermagem tendo por base situações alvo de melhoria (acidentes de serviço, vacinação). As formações são planeadas para o mesmo dia da reunião semanal. Que uma Prática Baseada na Evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem (OE, 2006).

A Enfermeira Chefe da UCSP referiu algumas necessidades da equipa de enfermagem no que refere ao tratamento de feridas, nomeadamente com a caracterização das feridas e a utilização de produtos de feridas. Tendo em conta que iam de encontro aos objetivos traçados, foi agendada uma ação de formação para o dia 23 de Maio de 2012 sobre o tema “Tratamento de Feridas”, com o objetivo de refletir sobre as práticas e rentabilizar melhor os recursos da instituição, á luz da evidência (Anexo VII). A realização da formação

permitiu aumentar os conhecimentos pessoais e profissionais sobre a temática, sendo que durante a formação houve partilha de opiniões sobre opções de tratamento, tornando ainda mais enriquecedora a sessão. Foi colocado o preço de cada produto de feridas, com o objetivo de sensibilizar e refletir sobre os custos das opções terapêuticas, alcançando-se assim um dos objetivos pois a maior parte dos colegas não sabia os preços.

Para além dos temas sugeridos, ao longo do estágio foram notórias algumas dúvidas dos colegas em relação às suturas operatórias, uso de antissépticos e temperatura dos solutos que assim também foram abordados durante a formação. O uso de antissépticos em feridas cirúrgicas sem sinais de infeção ainda continua a praticar-se. Não devem utilizar-se de forma abusiva ou como forma de prevenção de infeções, até porque aumenta o risco de infeção quando não utilizado adequadamente. Este aspeto foi discutido na formação de “Tratamento de Feridas” e na formação anterior que tive a oportunidade de assistir, com o tema “Cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado”. Outro aspeto interessante que tem muita influência na cicatrização é a temperatura dos solutos. Nos domicílios é muito difícil controlar a temperatura dos solutos, mas na UCSP é mais fácil e já existiu o cuidado de aquecer o soro fisiológico. Assim, também foi um tema debatido durante a formação.

As formações são espaços de partilha, de aprendizagem, discussão, e reflexão, nesse sentido, a incorporação da melhor evidência científica na experiência profissional acaba por funcionar como objetivo para a melhoria do cuidar. Foram várias as formações em serviço no UCSP que tive oportunidade de assistir, com temáticas variadas como: -Siima rastreios; -Cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado; - Alimentação da criança até 1 ano; -Cuidados de enfermagem ao coto umbilical; a 3 sessões da formação do programa INPAR, realizada pela equipa de cuidados paliativos do Hospital de S. João. Tem vindo a existir um investimento na área de cuidados paliativos em contexto domiciliário, com especial relevo para o programa INPAR que tem o objetivo de melhorar as ações paliativas realizadas pelos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários aos doentes que vivem no domicílio a etapa final da sua vida.

Foi detetada falta de conhecimentos da área de ortopedia, e nesse sentido, foram feitos esclarecimentos sobretudo em relação aos doentes submetidos a próteses. Não tendo tempo para realizar uma formação em serviço, a atuação foi realizada com grupos de enfermeiros mais pequenos, tendo em conta as suas necessidades.

As elaborações dos planos de formação dos serviços são realizadas de acordo com as necessidades sentidas pelas equipas. Neste sentido, e no caso concreto do SU, muitas vezes os doentes permanecem várias horas, podendo este período alargado a alguns dias. Não sendo um serviço de internamento, existe uma zona de internamento na área laranja onde os doentes ficam internados enquanto ficam a aguardar vaga nos serviços. Avaliando os fatores de risco a que estão sujeitos, facilmente se percebe que é uma população com alto risco de desenvolver UP pois a idade avançada, a instabilidade cardiovascular, o excesso de peso ou pelo contrário pessoas emagrecidas, a humidade, alterações nutricionais, estado geral de saúde, temperatura, imobilidade e alterações da sensibilidade são fatores de risco que contribuem para o aumento do número de UP tal como está descrito em EPUAP/NPUAP (2009).

Assim, ao longo do meu percurso fui descortinando uma oportunidade de melhoria no SU, relacionada com a caracterização de UP e sua prevenção, pelo que propus a realização de um trabalho em formato power- point sobre a temática (Anexo VIII), com o intuito de colmatar esse défice, agendada a sua apresentação com data posterior ao término do estágio. Foi realizado num formato de fácil e rápida utilização para que chegasse a toda a equipa, vai constar numa pasta informática “partilhada” pela equipa, sendo também enviado por mail para cada elemento. Foi elaborado um póster (Anexo IX), sobre as Medidas Preventivas de UP, para também ele poder ser consultado.

No SU existe uma preocupação por parte da equipa de posicionar os doentes e zelar pelo seu bem-estar, no entanto é necessário registar a nossa atuação, pois muitas vezes a nossa prática continua a passar despercebida porque não está devidamente documentada, como refere Sousa (2006).

Em relação à documentação do risco de desenvolver UP, o Ministério da Saúde (2011) refere que se deve proceder a avaliação do risco nas primeiras 6 horas após admissão do doente e que os resultados obtidos devem ser registados no processo do doente. Especificamente no serviço de urgência o período recomendado de reavaliação deve ser realizado de 24/24 horas. Esta problemática é considerada um indicador de qualidade dos cuidados de saúde e altamente sensível aos cuidados de enfermagem, representando sofrimento para os doentes e familiares, aumentando os custos associados. Por ser uma temática de interesse conjunto e pertinente para equipa de enfermagem do SU, para além destas formas de divulgação fica agendada uma formação em sala, após término do estágio, para se poder falar sobre esta temática.

Por fim o serviço de SMI recebe doentes de vários serviços e de outros hospitais, nomeadamente de Ortopedia, serviço onde exerço a minha atividade profissional. Em todos os serviços existem espaços de oportunidade para instituir melhores cuidados e atualizar procedimentos e conhecimentos, nesse sentido, face à minha experiência profissional e aos conhecimentos pessoais sobre Ortopedia, identifiquei algumas lacunas técnicas a serem exploradas em contexto de formação, com o intuito de melhorar os cuidados de enfermagem. Assim houve a proposta de uma formação sobre Trações cutâneas e Esqueléticas abordando os cuidados de Enfermagem subjacentes (Anexo X), que será agendada com data posterior ao estágio.

Aprofundar o conhecimento teórico na área de Enfermagem contribui para a sua autonomia enquanto profissão e ciência com um conjunto de saberes definido, cujo cerne são as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. A formação em Enfermagem tendo em conta os saberes experienciais, profissionais e organizacionais assume particular importância para um desenvolvimento de modelo de cuidar próximo do paradigma humanista. A utilização de pesquisas científicas para a prática clínica permite que através da formação o grupo tenha conhecimento, permitindo a avaliação por parte da equipa e a relação custo/benefício. É importante que o enfermeiro que procure e atualize o conhecimento, para que consiga implementar decisões adequadas agindo com atitude e competência como referem Costa e Costa (2007).

A formação pode contribuir para a eficácia e eficiência das ações de enfermagem contribuindo para uma maior satisfação dos profissionais e dos doentes, para uma maior qualidade dos cuidados prestados e diminuição dos custos. Na adaptação e acomodação de saberes é fundamental a figura do formador, enquanto fornecedor de informação, assim, e face à organização do serviço foi identificada a necessidade de haver uma formação feita por mim em contexto de sala, sobre a temática supra-referida, com o intuito de fornecer informações aos colegas, de forma a adaptar e atualizar os cuidados de enfermagem em função do doente. Assim a temática relacionada com Ortopedia, pode ganhar relevância em SMI, uma vez que recebe doentes provenientes deste serviço, o que acaba por tornar pertinente a intervenção de forma correta. O conhecimento é dinâmico e por isso necessita sistematicamente de novos paradigmas de exigência, daí a oportunidade verificada em partilhar o meu conhecimento na área com os restantes elementos de enfermagem.

Ao longo da minha carreira profissional tive a oportunidade de colaborar na supervisão de alunos de licenciatura, e a partir desta ligação foi interessante perceber outras formas de

supervisionar, bem como assimilar as preocupações que existem por parte dos colegas ao longo do percurso de aprendizagem. Na minha perspectiva é importante induzir nos alunos hábitos de pensamento crítico, de questionar sobre o quotidiano de trabalho, sobre a forma de exercer a profissão e o porquê desse processo formal. Numa profissão exigente como a enfermagem, é necessário usar a reflexão como estratégia de aprendizagem. Como “líder”, o supervisor deve proporcionar condições para a reflexão, questionando periodicamente o processo de enfermagem, de modo a inferir sobre a utilização da capacidade de interpretação, análise, autorregulação e auto explanação em todo o processo. Como refere Arco (2005) a educação é um processo complexo através do qual o ser humano se realiza e desenvolve competências pessoais e profissionais. Implica uma forte componente reflexiva dos processos de construção do conhecimento, sua implementação e consubstanciação.

Como supervisores devemos dar prioridade à construção de saberes a partir dos problemas, em detrimento do desenrolar de conteúdos teóricos, confrontando os alunos de enfermagem com situações inéditas, avaliando a sua capacidade de pensar autonomamente correndo alguns riscos. Os serviços onde realizei estágio são ricos em experiências que podem ser rentabilizadas na aprendizagem.

A utilização de técnicas pedagógicas adequadas são estruturantes, uma vez que privilegiam os processos de autoconhecimento, de reflexão e formação ativa, em que o aluno é o ator principal da sua formação, e em que a supervisão gere os processos de avaliação, na medida em que existe uma verificação periódica que visa determinar a competência, e o progresso de um aluno/supervisado. Durante este percurso, construí o meu caminho através da reflexão e através do autoconhecimento em situações limite, nomeadamente com o doente emergente/crítico com o qual não tinha experiência anteriormente. É importante que possamos ajudar a desenvolver e a cultivar o gosto e o respeito pela enfermagem, pelo pensar enfermagem e pelo ser enfermeiro. O supervisor deve proporcionar condições para que esse desenvolvimento aconteça, exemplo disso são as reuniões que se podem fazer diariamente ao final de cada dia de estágio e que servem para trocar impressões, partilhar ideias e analisar as componentes emocionais de cada aluno. Por outro lado e de forma individual deve ser cultivado nos alunos a reflexão antes, durante e após a ação, para que depois desse processo se possa analisar, e assim melhorar as práticas e aprender.

A supervisão de alunos de enfermagem é uma área que assume cada vez maior importância, visto que a exigência da sociedade é cada vez maior. Hoje em dia espera-se que um enfermeiro seja capaz de cuidar com qualidade, que seja competente, que mobilize

os seus conhecimentos e capacidades no contexto oportuno e de forma adequada. Espera-se que seja um profissional capaz de lidar com o imprevisto, que analise de forma correta e que tome decisões refletidas, através de um pensamento crítico. Numa profissão em relação, como a enfermagem, é fundamental que os seus profissionais sejam capazes de expor o seu raciocínio de acordo com o contexto e o objetivo e simultaneamente monitorizem o seu próprio pensamento. Como supervisores, é estrutural incutir nos alunos a importância de desenvolver o seu pensamento crítico, pois é a chave para resolver problemas, uma vez que no dia-a-dia temos que tomar decisões complexas, e adaptarmos a situações novas e continuamente atualizar os nossos conhecimentos e habilidades.

O papel do supervisor é determinante para o bom desempenho do aluno. Por muito que faça parte dos deveres do enfermeiro, só o deveria realizar aquele que está motivado e quer de forma ativa contribuir para a aquisição de competências do outro. Exige trabalho e dedicação que nem todas as pessoas estão dispostas a dar, especialmente por estarmos a atravessar momentos conturbados sob o ponto de vista económico e social com evidentes repercussões diretas na profissão. O conceito de reflexão é central no processo de supervisão clínica, é importante que se reflita sobre a complexidade dos eventos e sobre a qualidade das suas práticas. Este processo deve ser facilitado por uma pessoa com mais experiência e perícia para o acompanhamento, neste sentido, *“o supervisor não é aquele que apenas transmite saber, mas que motiva, facilita e estimula é conselheiro, orientador e companheiro, para além de ser reconhecidamente competente e honesto na sua postura profissional”* (Henriques e Oliveira, 2010, p.45)

Ao longo do processo supervisorio houve permutas que permitam desenvolver competências, tendo em conta uma lógica concetual concretizada pela relação interpessoal, pela tomada de decisão e a responsabilidade pelas ações, cujo objetivo foi a melhoria dos cuidados, segurança do doente e ganhos em saúde. Este processo teve por base a relação supervisor-supervisado, sendo que ao haver uma relação empática entre o duo favorece-se o desenvolvimento de um ambiente propício à reflexão e ao desenvolvimento de conhecimento. A reflexão conjunta levou ao aumento da criatividade na interpretação e resolução de problemas na área de EEMC.

## **5-Conclusão**

A elaboração deste relatório permitiu-me desenvolver a capacidade de analisar de forma crítica a experiência vivida e os objetivos propostos inicialmente. O contributo da componente teórica do curso da EEMC permitiu o aumento de conhecimentos atuais baseados na melhor evidência científica, o que forneceu a base para de uma forma mais clara e reflexiva, analisar o desempenho do enfermeiro especialista.

O presente documento encerra em si, a informação que foi sendo processada neste caminho exigente e rico em experiências que valorizaram o meu percurso profissional e pessoal, correspondendo assim, aos pressupostos iniciais da melhoria do cuidar, e neste sentido, enquanto pessoa e profissional de saúde, saí desta etapa com maior aptidão para responder às exigências do desempenho de enfermagem no quotidiano laboral, com reflexos positivos na prestação de cuidados aos doentes.

A pessoa deve ser encarada, como um ser holístico influenciado pelo ambiente no qual vive e se desenvolve. O contexto socioeconómico e a família têm cada vez mais importância, na atuação enquanto enfermeiros. Assim, é essencial que os cuidados de saúde sejam dirigidos e personalizados. Este percurso possibilitou ter a oportunidade de contactar com a realidade do doente no seu dia-a-dia, trocar experiências, refletir sobre as práticas, formas de agir e de estar, induzindo melhorias profissionais, pessoais melhorando o cuidar.

O contexto socioeconómico tem vindo a sofrer alterações, o que tem alterado as escolhas e hábitos das pessoas. As famílias têm-se modificado, ficando mais pequenas e com menor capacidade para cuidar, pela necessidade de trabalhar e pelo menor poder económico. O estágio desenvolvido na UCSP permitiu perceber de uma forma direta estas mudanças e as suas consequências na vida das pessoas. É em contexto domiciliário, que as famílias se deparam com a real dificuldade de cuidar do seu ente querido após um processo de doença e que resulta na necessidade do cuidador partilhar dúvidas e sentir-se apoiado na sua missão de atender ao seu familiar dependente. Atendendo à minha experiência profissional foi enriquecedor acompanhar os doentes em domicílio após internamento percebendo as

suas dificuldades, as suas estratégias de adaptação e necessidades estabelecendo um fio condutor entre as duas realidades.

Durante este percurso, foram respeitados os princípios da proteção da vida humana, o respeito da integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, informando o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitando e promovendo o direito ao consentimento informado.

Foram identificadas situações passíveis de melhoria, e foram desenvolvidas atividades, com o intuito de as colmatar e de oferecer qualidade dos cuidados. Foi um percurso com várias oportunidades de aprendizagem, que permitiu desenvolver competências ao nível da comunicação, relação, gestão dos cuidados, melhoria contínua da qualidade e responsabilidade profissional, ético e legais.

É de salientar que foi muito interessante e produtivo ter realizado o estágio em 3 locais diferentes e especialmente na UCSP, área completamente diferente da minha vertente profissional, mas que se demonstrou complementar e repleta de possibilidades de aprendizagem. Mais do que realizar tratamento a feridas é essencial o conhecimento do doente e do seu contexto, do que é importante para ele, quais os seus objetivos. Permitiu-me adquirir conhecimentos em relação aos produtos utilizados, aumentar conhecimentos na área da caracterização de feridas e seu registo, para isso foi essencial a utilização da escala Push Tool 3.0 e o instrumento de colheita de dados cedido pelo Professor Paulo Alves.

Este percurso permitiu ainda alargar o leque de intervenções técnicas e humanas com que estava familiarizada, identificando neste leque as que são relacionadas com a abordagem do doente urgente/emergente, como as mais vantajosas na progressão evidenciada desde o início do percurso dos estágios até ao seu término. Após a realização dos estágios e desta síntese escrita, foi possível assistir a melhorias técnicas, pessoais e emocionais, que permitem refletir as capacidades adquiridas na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este percurso prático permitiu-me desempenhar vários papéis que um Enfermeiro especialista pode exercer, neste sentido houve alargamento de horizontes de contato e intervenção terapêutica que potenciaram o meu crescimento em áreas de enfermagem para as quais não possuía saberes e experiência. Neste prisma, o saber mais potenciado foi o

saber fazer, pela capacidade adquirida em lidar com um conjunto alargado de intervenções, típicas de um SMI, UCSP e SU, como a monitorização e vigilância de um doente crítico, tratamento de feridas e as situações variadas e inesperadas do SU, no entanto, saliento que as competências adquiridas mais relevantes neste processo foram as ligadas com a relação interpessoal, comunicacional, e a gestão de emoções, uma vez que é necessário espírito forte e assertivo na tomada de decisões de forma a não haver repercussões negativas no doente e família.

No que concerne a este binómio, foi útil a aprendizagem na estruturação da linguagem, de forma a responder às minhas exigências e expectativas, doente e essencialmente familiares na comunicação de estados de saúde de forma a ter em conta o estado biopsicológico e espiritual do recetor da mensagem. Assim a comunicação, bem como os cuidados de enfermagem devem ser multifacetados para se adequarem aos diferentes contextos onde se inserem.

Pude inferir através deste percurso, que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica pode assumir um papel referencial na observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados.

Outro fator que considero relevante neste percurso foi a aprendizagem relacionada com o controlo de infeções associado ao SMI. Durante o estágio potenciaram-se as intervenções para diminuir as possibilidades de infeção associadas aos cuidados de enfermagem, e neste aspeto acentua-se a responsabilidade profissional do enfermeiro pelo maior contato e exposição perante o doente.

Em suma, considero ter atingido os objetivos inicialmente delineados, pelos momentos de aprendizagem, dedicação e entrega aos diferentes serviços, procurando integrar-me nas equipas com espírito reflexivo, construtivo e de ajuda, no sentido de melhorar a minha capacidade de diagnosticar, decidir, executar e avaliar de forma a procurar sistematicamente o domínio da melhoria da qualidade dos cuidados.



## 6-Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M<sup>a</sup> Celeste Bastos; RIBEIRO, José Luís Pais. 2008 – Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. **Revista Referência**, nº 7: 79-88.

ALVES, António Manuel Conde de Almeida. 2003. **A importância da comunicação no cuidar do idoso**. [Tese de Mestrado]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto. Disponível: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

ALVES, P.; COSTEIRA A.; VALES L. 2009- Reduzir a dor e o trauma no tratamento das feridas- **Nursing**, Nº 250 Outubro.

ALVES, P.; JUSTINIANO A.; AMADO J.; VIEIRA M. 2012 - Ensino em Feridas importância da formação e impacto económico- **Nursing**, Nº 277, Janeiro/Fevereiro

ARCO, António Reis. 2005 - Supervisão pedagógica no ensino clínico em enfermagem, **Sinais Vitais** nº58 Janeiro: 22-25.

BUCHER, Howard; BULECHECK, Gloria; DOCHTERMAN, Joane, 2010 – **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. United Kingdom: Elsevier.

BUISÁN, Félix; RUIZ, Nuria; 2008- **Grupo de Trabajo de la Sociedad Castellano-Leonesa de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SOCLARTD). Índice biespectral (BIS) para monitorización de la consciencia en anestesia y cuidados críticos: guía de práctica clínica**. Valladolid: SOCLARTD.

CAMPOS, Maria Joana Alves; PADILHA José Miguel Santos Costa. 2012- A família prestadora de cuidados uma revisão da literatura. **Sinais Vitais**, Nº 101, Março: 27-30.

CAYUBI, Andrea Vannini Santesso; ANDREOLI, Paola Bruno de Arujo; ANDREOLI, Sergio Baxter. 2010- Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva Post-traumatic stress disorder in intensive care unit patients - **Rev. Bras. Ter Intensiva**. Nº22 (1): 77-84.

COELHO, R.; LOURENÇO, A. 2004. Integração dos enfermeiros na equipa de saúde. **Nursing**. 192: 16-22.

COSTA, Fabrísio; COSTA, Sabrina. 2007 – Assistência de Enfermagem ao Cliente Portador de úlcera de Pressão: Abordando a Importância do Conhecimento e Informação – **Revista Meio Amb. Saúde**: 22-32.

DIOGO, Carla Silva. 2007- **Impacto da relação Cidadão- Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das Urgências do SNS** (Dissertação submetida com o requisito de obtenção do grau de Mestre) - Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa.

DUARTE, Inês Alves. 2012- Envelhecimento e solidariedades familiares. **Sinais Vitais** Nº 101, Março: 17-21.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP); National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). 2009 – **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.**

FERNANDES, Ana Sofia; PEREIRA, Ana Raquel; BATISTA, Carla, Sofia Dionísio. 2009- Comunicar com o doente em coma: vivências de quem cuida. **Revista Investigação em Enfermagem**. Agosto: 48-58.

FESTAS, Constança 2006 – Cuidado de Enfermagem e Competência Profissional. **Informar**. Ano XII, nº 37 (Julho-Dez), p 30-37.

FREITAS, Kátia Santana; KIMURA, Miako; FERREIRA, Karine Azevedo São Leão. 2007- Necessidades de familiares em unidades de terapia intensiva: análise comparativa Entre um público e um hospital privado. **Revista Latino-americana em Enfermagem**. Janeiro/Fevereiro: 84- 92.

GALA, Marília Fogaça; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro; SILVA, Maria Júlia Paes da. 2003- Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Semi-intensiva cirúrgica. **Rev. Esc. Enfermagem USP**; 37(1): 52-61.

GAVÃO, Cristina; URSI, Elisabeth. 2006 – Prevenção de Lesões de Pele no Perioperatório: Revisão Integrativa da Literatura – **Revista Latino-americana em Enfermagem**. Janeiro/Fevereiro:124-131.

GOMES I., CAMARGO T., 2004- Feridas tumorais e cuidado de Enfermagem: Buscando evidências para o controle de sintomas. **Enferm UERJ**; 12:211-6.

GONÇALVES, C.A. Zigue. 2010– Comunicação em Enfermagem: A Empatia para Cuidar e Liderar – **Revista Nursing**. Fevereiro:18-22.

GONÇALVES, Deolinda. 2008 – **A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa Hospitalizada**. Dissertação de Mestrado. Lisboa, Universidade de Lisboa.

HENRIQUES, Carolina Miguel Graça; OLIVEIRA, Nelson Alexandre Simões. 2010- Supervisão Clínica: Que estratégias? **Sinais Vitais**. Maio: 42-46.

JUSTINIANO, Aníbal. 2010- Feridas crónicas- fisiopatologia e tratamento- **Cadernos de Saúde**, Vol.3, Número especial Infecção Associada à Prática de Cuidados de Saúde: 69-75.

KAMMERLANDER G., ASMUSSEN, P.D., ERBELEIN T. 2011, Fase húmida e seca na gestão de feridas crónicas por segunda intenção (Limpeza da ferida- “Woundcleansing” **APTF**, ANO 4 edição simpósio Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas: 29-37.

LIMA, Adriana Braitt; ROSA, Darci de Oliveira Santa. 2008- O sentido de vida do familiar do paciente crítico **Rev. Esc. Enferm. USP**. nº 42: 547-553.

LOURENÇO, Liliana. 2012- Comunicação em enfermagem- que trajetos? Que caminho? **Nursing** Jan/Fev: 22-27.

MAIDA V.; ENNIS, Marguerite; KRIZIEMSKY, Craig; TROZZOLO, Linda. 2009- Symptoms Associated with Malignant Wounds: A Prospective Case Series. **Journal of Pain and Symptom Management** Vol. 37 Nº. 2 February: 206-211.

MARCOS A., DUARTE C, ARAUJO D., DIAS A. 2010-A dor no doente com ferida crónica. **APTF** Ano 3, Nº3, Set- Dez: 19-22.

MARTINS, Lurdes. 2006-Final de Vida. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Janeiro, p. 53 a 56.

MARTINS, Teresa. 2006. **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra : Formasau.

MATOS, A; SOBRAL, A. 2010 -Como eu, Enfermeiro faço Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica Nursing protocol –VAP Prevention. **Rev Port Med Int** 17(1): 61-65.

MENDONÇA, Regiane de Souza; VALADÃO, Marcus; CASTRO, Leonaldson; CAMARGO, Teresa Caldas. 2007 – A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol. 53, nº4, p. 431-435.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2011 – Orientação da Direção-Geral de Saúde: **Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrico**. Lisboa: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2011 – Orientação da Direção-Geral de Saúde: **Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2003 – **Recomendações para prevenção da Infecção respiratória em doente ventilado**. Lisboa: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006 – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.

MONTEIRO, Clara. 2010 – **Vivências dos Cuidados Familiares em Internamento Hospitalar: O Início da Dependência** – Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

MOORHEAD, Sue; JOHNSON Marion; MAAS, Meridean L; SWANSON Elizabeth, 2010 – **Classificação dos resultados de enfermagem**. 4ª ed. Porto Alegre: Elsevier

OLIVEIRA, A. S. Salgueiro; OLIVEIRA, S. C. 2010 – Proxémica, cinésica e paralinguagem: importância na interação Enfermeiro/Pessoa. **Nursing**. Fevereiro, p.8 -15.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 1998- **Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros-Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril**; Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2006- **Investigação em Enfermagem: Tomada de posição**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2008- **Dor Guia Orientador de Boa Prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009- **Código Deontológico dos Enfermeiros - Decreto-Lei n.º 104/98. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro)**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2010- **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2011- **XI Seminário de Ética Responsabilidade com a Comunidade**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2012- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, Versão 2. ICN.

PACHECO, Sílvia Carla Campos; VIEGAS, Sónia M<sup>a</sup> Ferreira da Silva Matos; ROSA, Zélia M<sup>a</sup>. 2007- Toque terapêutico Fundamentação e aplicabilidade em enfermagem. **Nursing**. Setembro: 7-11.

PACHECO, Susana. 2006- A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Janeiro: 31- 34.

PADILHA, Katia Grillo. 2001- Ocorrências iatrogénicas na UTI e o enfoque da qualidade. **Rev. Latino-Americana**. Setembro/Outubro: 91-96.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares. 2009-Produção de indicadores de qualidade a enfermagem que queremos evidenciar. **Sinais Vitais**. Janeiro: 35-43.

PHANEUF, M. 2005. – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005.

POLETTI Nadia., CALARI, Maria., SIMÃO Cléa., JULIANI Karen., TÁCITO Viviane., et al- 2002 – Feridas malignas: uma revisão de literatura, **Revista Brasileira de Cancerologia**, 48 (3): 411-417.

REIS, Ana Maria Machado Gonçalves. 2008 – Humanização dos cuidados continuados qual o caminho. **Sinais Vitais janeiro**. Janeiro:37-42.

SAPETA, Paula; LOPES, Manuel. 2007- Cuidar em fim de vida factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. **Revista Referência**. Junho: 34-59.

SARAIVA, Dora Maria R. F. 2007. O Enfermeiro e a Morte. **Nursing**. 227: 24-30

SERRA, Miguel Nunes. 2008-Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. **Revista de Ciências da Educação**. Nº 5: 69-80.

SILVA, M. Júlia Paes. 2006 – **Comunicação tem remédio. A comunicação nas Relações interpessoais em Saúde**. 4<sup>a</sup>ed. S. Paulo: Edições Loyola, 2006.

SOUSA, Célia Maria Gonçalves et al. 2006. Enfermagem: Contextos e Percepções. **Nursing**. 209: 7-9.

URIZZI, Fabiane; CORRÊA, Adriana. 2007 – Vivências de Familiares em Terapia Intensiva: O outro Lado da Internação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem-Ribeirão Preto** Julho Agosto 15 (4).

VIEIRA, M. 2009- **Ser Enfermeiro Da paixão à Proficiência**, 2<sup>a</sup> ed. Lisboa, Universidade Católica Editora.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI Lídia Aparecida, 2002- O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Março/Abril: 137-144.

WADA, Alexandre; NETO, Nuberto Teixeira; FERREIRA, Marcus Castro. 2010 – Ulceras por pressão- **Revista Medicina** (São Paulo). Jul.-Dez.; 89(3/4):170-7

## **7-Anexos**



# Anexo I

## Caracterização dos Locais de Estágio



## Caracterização dos serviços

### UCSP de S. Roque

A UCSP de S. Roque pertence ao Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) Porto Oriental.

È a partir da publicação da Portaria n.º 273/2009, de 18 de Março, corrigida pela declaração de retificação nº 32/2009, inserida no DR nº94, I série, de 15 de Maio de 2009, que foram definidos 24 agrupamentos de centros de saúde (ACES) na área geográfica da ARS Norte. Acresce a existência de duas Unidades Locais de Saúde: ULS de Matosinhos e ULS de Alto Minho.

O Aces Porto Oriental é composto pelas unidades;

- Bonfim: UCSP Barão Nova Sintra, UCSP Santos Pousada, USF Porto Centro e UCC;
- Campanhã: UCSP S. Roque, UCSP Azevedo, UCSP Ilhéu e UCC;
- Paranhos: UCSP Vale Formoso, UCSP Covelo, USF Faria Guimarães e UCC.

### Serviço de Urgência do CHVNG/E

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE foi criado pelo Decreto-Lei nº 50 – A/2007, de 28 de Fevereiro de 2007, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda, de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial.

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) possui um Serviço de Urgência Polivalente, que garante uma resposta altamente diferenciada às situações de emergência e que recebe uma média de 500 utentes por dia. Entre as especialidades do Serviço de Urgência contamos com Cardiologia, Cirurgia Vascular, Cardiologia de Intervenção, Medicina Interna, Pneumologia, Neurologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Análises Clínicas, Urologia, Cirurgia Plástica e Maxilo-facial, Cirurgia Cardio-torácica, Gastrenterologia, Obstetrícia, Ginecologia, Anestesia, Imuno-hemoterapia, Radiologia, Oftalmologia, Neurologia e Neurocirurgia.

## Serviço de SMI do HPH

A unidade de SMI do HPH tem a capacidade de prestar cuidados de qualidade e eficiência ao doente adulto crítico do foro médico e cirúrgico. Esta unidade recebe doentes do serviço de urgência e dos vários serviços do hospital de internamento, pós cirúrgicos ou de outros hospitais, que necessitem de vigilância e monitorização contínuas.

O serviço de Cuidados Intensivos define-se por ações e procedimentos humanos e instrumentais de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento assegurados em função das necessidades do doente 24 horas por dia. O nível de desempenho profissional necessário para lidar com o doente em risco de vida e o nível de recursos consumidos com os doentes graves exigem que haja dedicação e preparação específica.

O SMI do HPH é uma unidade polivalente, que abriu a 29 de Março de 2004, e desde então, recebe doentes críticos do foro médico e cirúrgico, com altos níveis de qualidade e eficiência.

É uma unidade mista que possui 12 unidades, 7 numa área comum (Open Space), separadas por cortinas e 5 unidades de isolamento. Neste momento só estão em utilização 5 unidades na área comum. Só uma das unidades de isolamento tem luz direta. Os restantes isolamentos permitem alteração nas pressões existentes nestes espaços, permitindo pressões positivas/negativas e neutras, 2 unidades possuem antecâmara pressurizável.

## Anexo II

### Estudo Epidemiológico de Feridas



## Instrumento de colheita de dados



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
Instituto de Ciências da Saúde

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FERIDAS

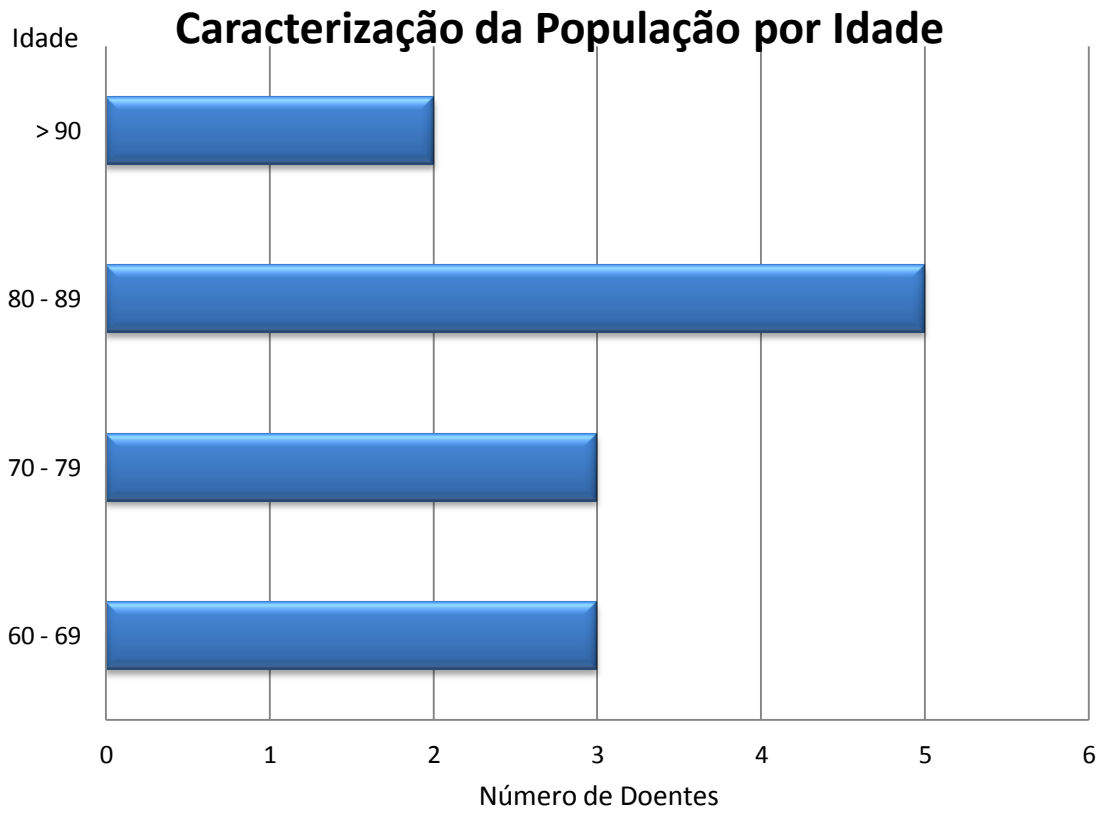
Identificação da colheita			Dados do Utente						
Data Avaliação	Local Avaliação	Enf.o(a)	NOP	D Nasc	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Profissão			
<b>Antecedentes / Factores de risco</b>									
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Claudicação interm.	<input type="checkbox"/> Doenças reumáticas	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Perda recente de peso					
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I	<input type="checkbox"/> Enfarte do miocárdio	<input type="checkbox"/> Isquemia crítica	<input type="checkbox"/> Tabagismo					
<input type="checkbox"/> Angina de peito	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II	<input type="checkbox"/> Hist. prévia de ferida	<input type="checkbox"/> Leishemania	<input type="checkbox"/> Traumatismo					
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Diminuição sensibilidade	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Lepra	<input type="checkbox"/> Outro: _____					
<input type="checkbox"/> Cirurgia arterial	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Imobilidade	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Qual? _____					
<input type="checkbox"/> Cirurgia cardíaca	<input type="checkbox"/> Doença auto-imune	<input type="checkbox"/> Insuf. venosa periférica	<input type="checkbox"/> Obesidade						
<b>Referenciação das Feridas</b>			<b>Classificação:</b> 1 - úlcera de pressão cat 1 ; 2 - úlcera de pressão cat 2 ; 3 - úlcera de pressão cat 3 ; 4 - úlcera de pressão cat 4 ; 5 - úlcera de perna venosa ; 6 - úlcera de perna arterial ; 7 - úlcera de perna mista ; 8 - úlcera de perna etiol. desc. ; 9 - úlcera pé diab. neuropático ; 10 - úlcera pé diab. neuroisquémico ; 11 - úlcera maligna ; 12 - ferida traumática ; 13 - ferida cirúrgica ; 14 - queimadura ; 15 - fistula ; 16 - lesão por humidade ; 17 - outra. Escrever qual no espaço						
Identificação	Classificação	Localização	Origem	Lateralização	Há quanto tempo existe				<b>Localização:</b> 1 - abdómen ; 2 - anca ; 3 - braços ; 4 - cabeça ; 5 - calcâneo ; 6 - cóccix ; 7 - costas ; 8 - isquio ; 9 - mãos ; 10 - nádega ; 11 - pé ; 12 - peito ; 13 - perineo ; 14 - pernas ; 15 - tornozelo <b>Origem:</b> 1 - hospital ; 2 - Rede de Cuidados Continuados ; 3 - Centro Saúde / Cuidados Saúde Primários ; 4 - domicílio ; 5 - lar ; 6 - outro. Escrever qual no espaço <b>Lateralização:</b> 1 - esquerda ; 2 - direita ; 3 - centro
					Anos	Meses	Semanas	Dias	
F1 (Principal)									
F2									
F3									
F4									
F5									
F6									
F7									
F8									
F9									
F10									
<b>Material de alívio da pressão</b>						<b>Escala de Braden</b>			
<input type="checkbox"/> Almofada na cadeira <input type="checkbox"/> Calçado de diabético <input type="checkbox"/> Colchão de pressão alterna <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Almofada na cama <input type="checkbox"/> Calcanheira <input type="checkbox"/> Colchão estático    Qual: _____						Score _____			
<b>Se tem lesão nos membros inferiores</b>									
<b>Avaliação IPTB (Índice da Pressão Tornozelo Braço)</b> <input type="checkbox"/> Sim    Se sim, qual o valor: _____    Qual a data de avaliação: _____ <input type="checkbox"/> Não				<b>É feita Terapia Compressiva?</b> <input type="checkbox"/> Sim    Se sim, com que ligadura: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Elástica <input type="checkbox"/> Inelástica					
<b>▼ Relativamente à Ferida Principal [ F1 (Principal) ] ▼</b>									
PUSH ▶	<b>Medição (mm)</b> _____ comp x _____ larg		<b>Tipo de tecido</b> <input type="checkbox"/> Necrosado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Epitelização		<b>Nível de exsudado</b> <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nenhum				
	<b>Local de realização do tratamento</b> <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Internamento Se domicílio, tempo de deslocação:     h     m		<b>Duração realização tratamento</b>     h     m		<b>Nível de dor na ferida (Nível de 0 a 10)</b>     durante o dia     durante o tratamento <input type="checkbox"/>				
<b>Sinais de infecção presentes (superficiais)</b> <input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Ferida exsudativa <input type="checkbox"/> Tecido de granulação friável <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ferida não cicatriza <input type="checkbox"/> Tecido desvitalizado				<b>Diagnóstico de infecção no compartimento profundo</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, foi prescrito antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
<b>Pele circundante</b> <input type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Ruborizada <input type="checkbox"/> Seca		<b>Material de penso com acção terapêutica (pode seleccionar mais que uma opção)</b> <input type="checkbox"/> Ácido Hialurónico <input type="checkbox"/> Colagénio <input type="checkbox"/> Iodo <input type="checkbox"/> Poliácrilato <input type="checkbox"/> Ácido gordo esterificado <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Maltodextrina <input type="checkbox"/> Polihexanida <input type="checkbox"/> Alginato <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Hidrofibra <input type="checkbox"/> Hidrocolóide <input type="checkbox"/> Película polimérica <input type="checkbox"/> Sucralfato <input type="checkbox"/> Carvão activado <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Película transparente <input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____							
<b>Frequência de mudança de penso</b>									
<input type="checkbox"/> 1 x semana <input type="checkbox"/> 2 x semana <input type="checkbox"/> 3 x semana <input type="checkbox"/> 4 x semana <input type="checkbox"/> 5 x semana <input type="checkbox"/> 6 x semana <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> > que 1 x por dia									

ICS-UCP Feridas mod. 001\_v11

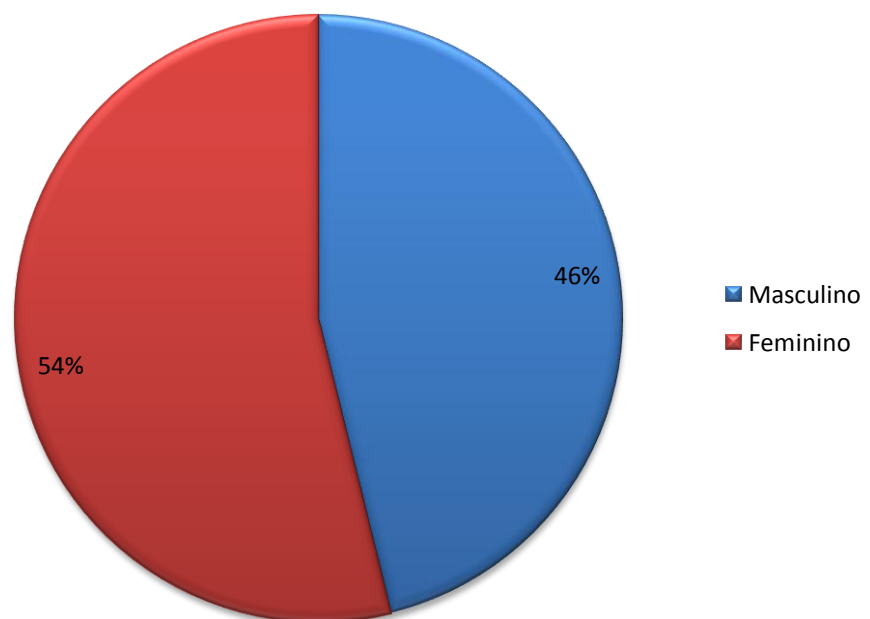


## Resultados da aplicação do Instrumento de colheita de dados

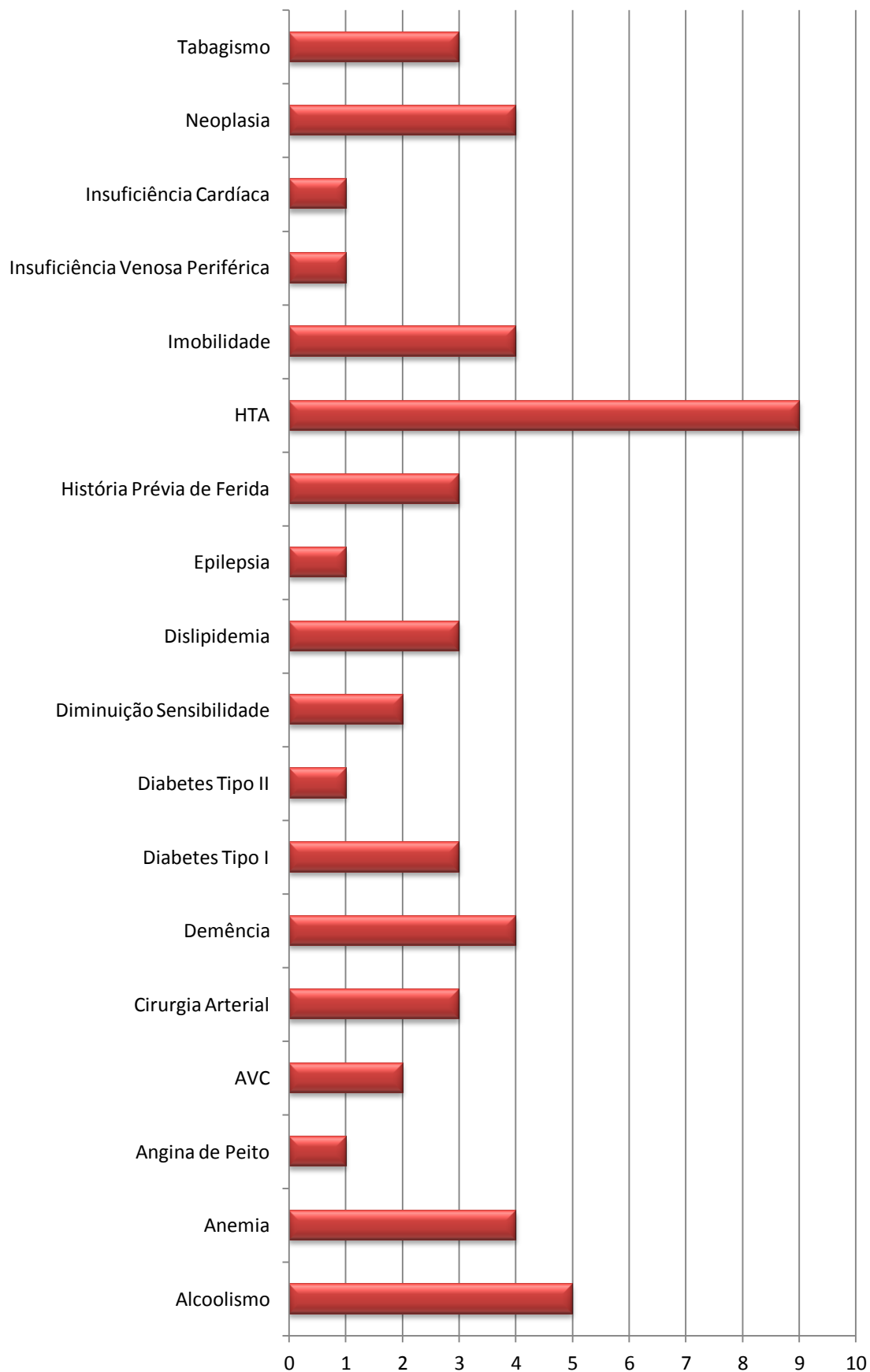




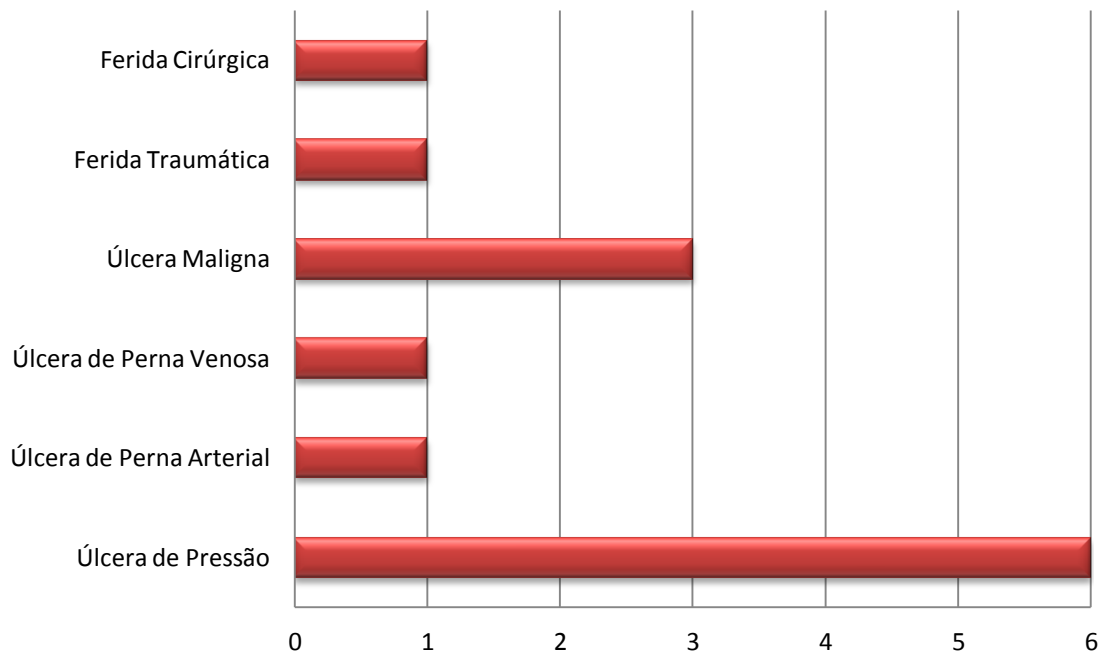
### Caracterização da População por Sexo



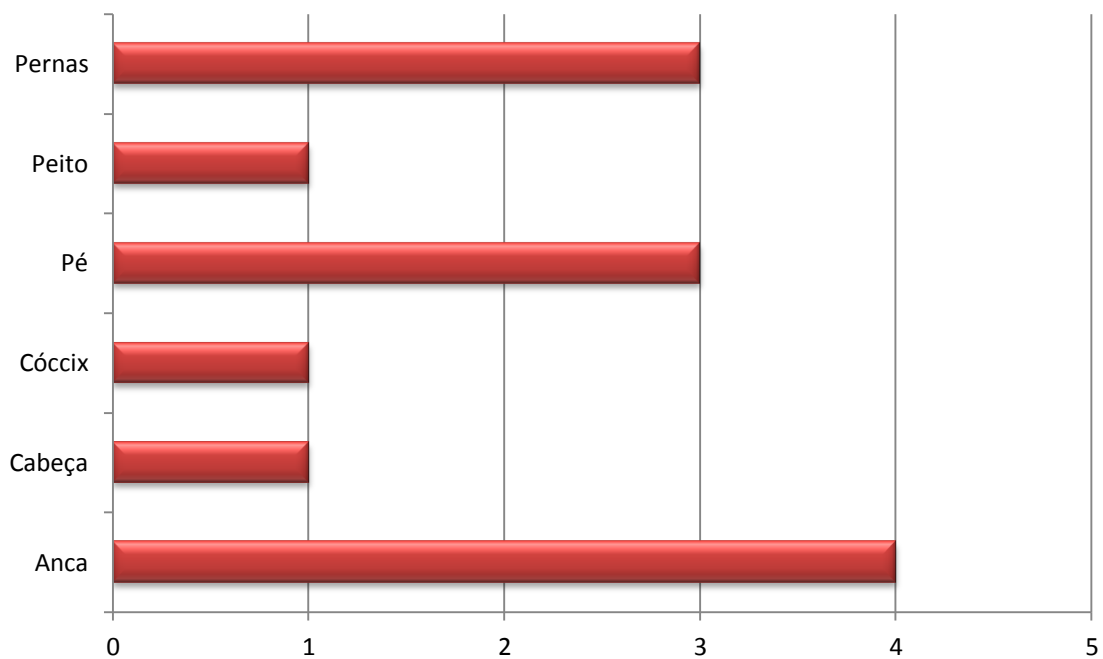
## Antecedentes / Fatores de Risco



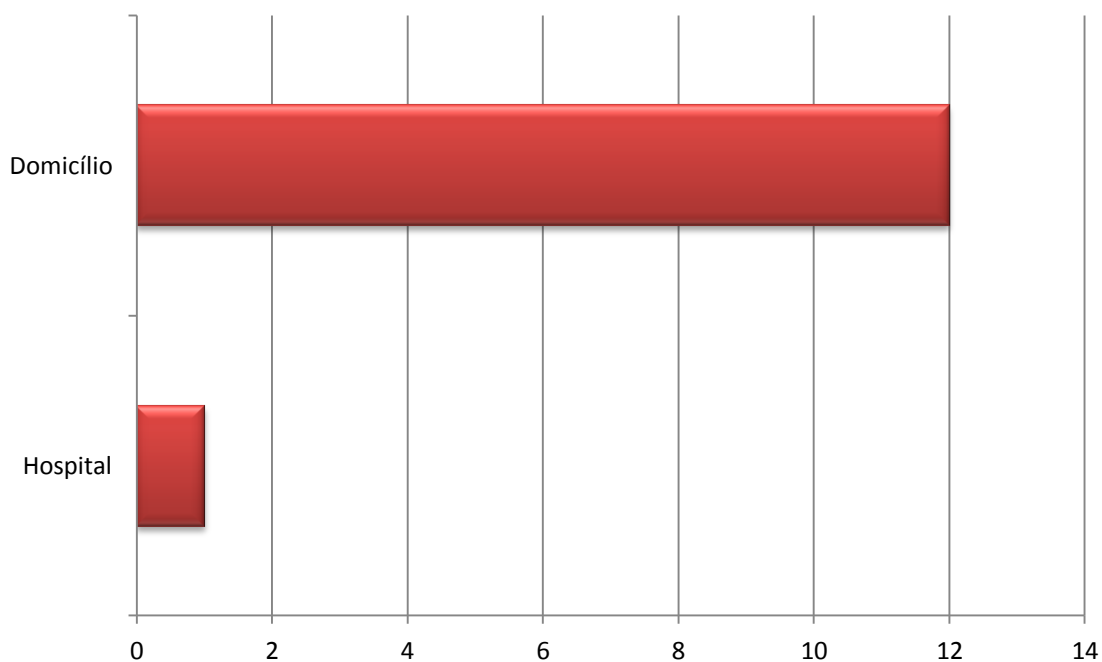
### Ferida Principal (Classificação)



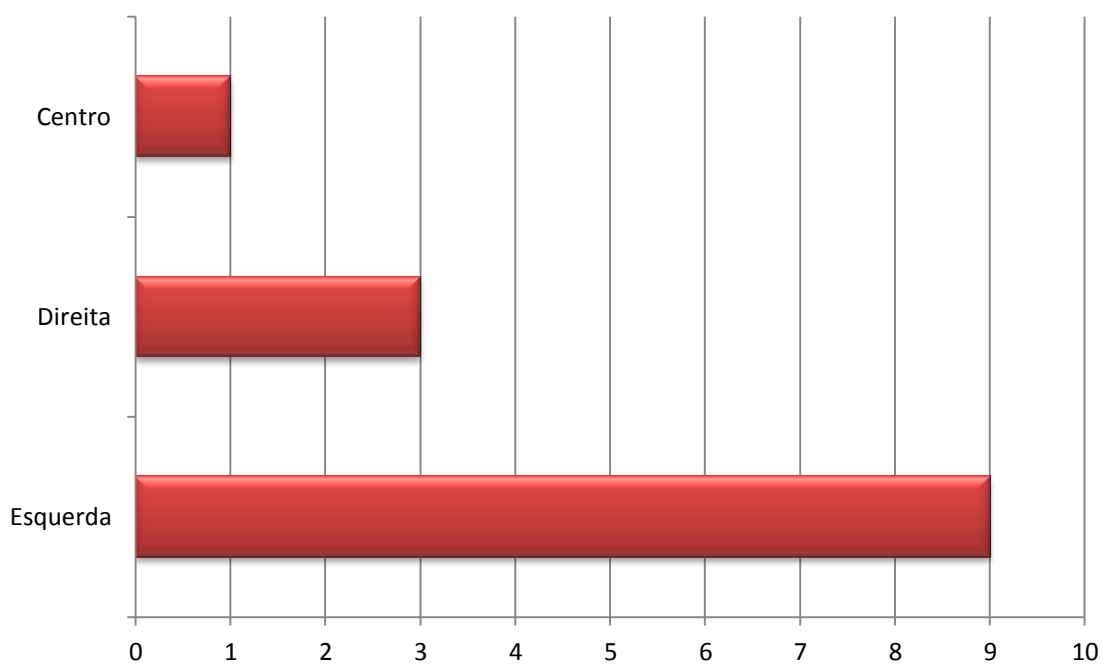
### Ferida Principal (Localização)



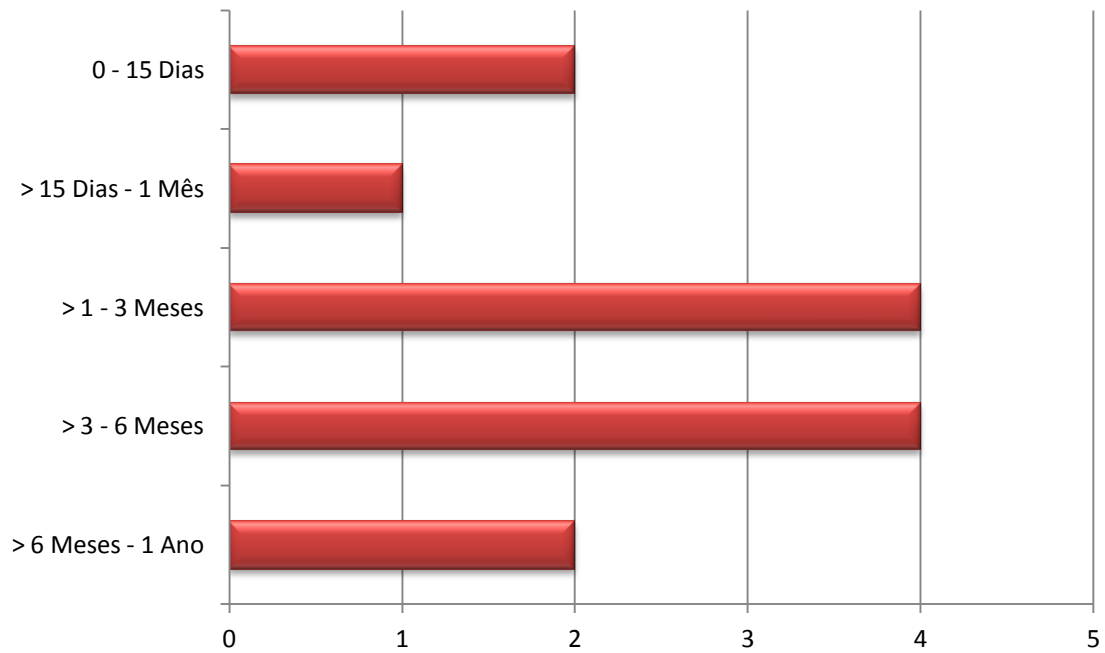
### Ferida Principal (Origem)



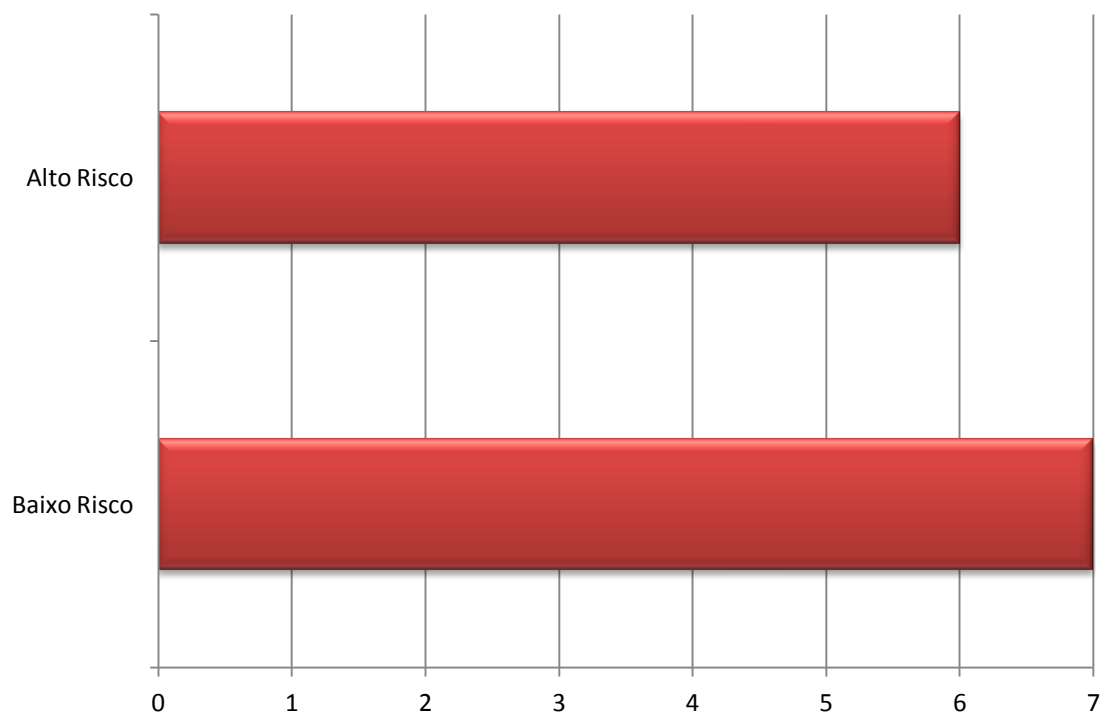
### Ferida Principal (Lateralização)



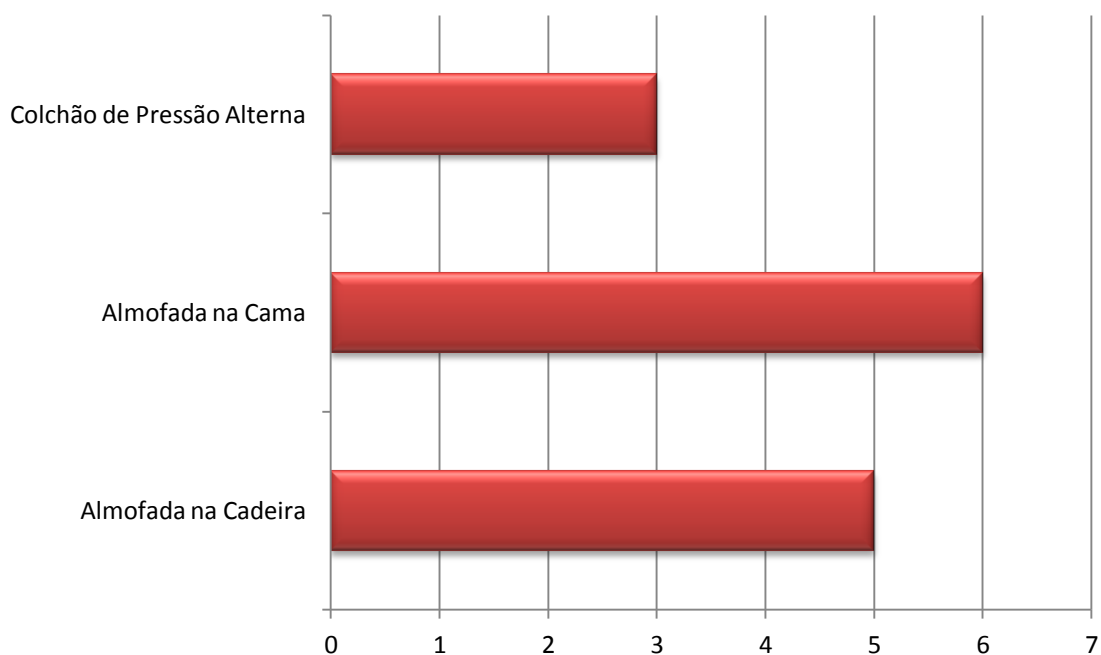
## Ferida Principal (Tempo de Existência)



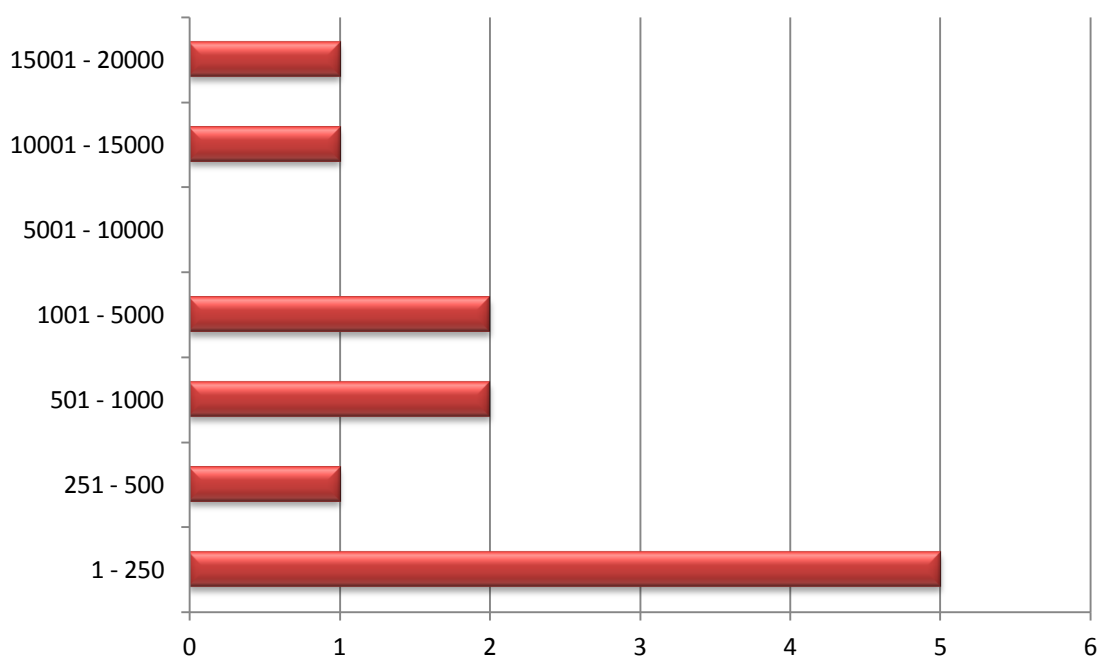
## Escala de Braden



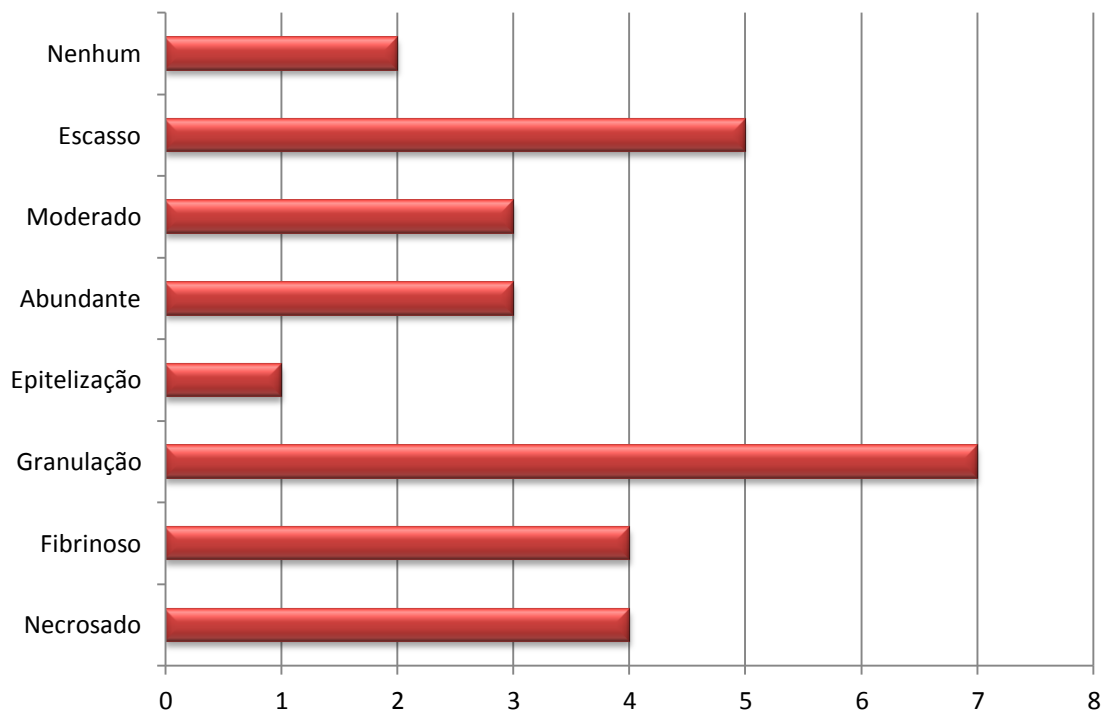
## Material de Alívio de Pressão (Doentes com Alto Risco)



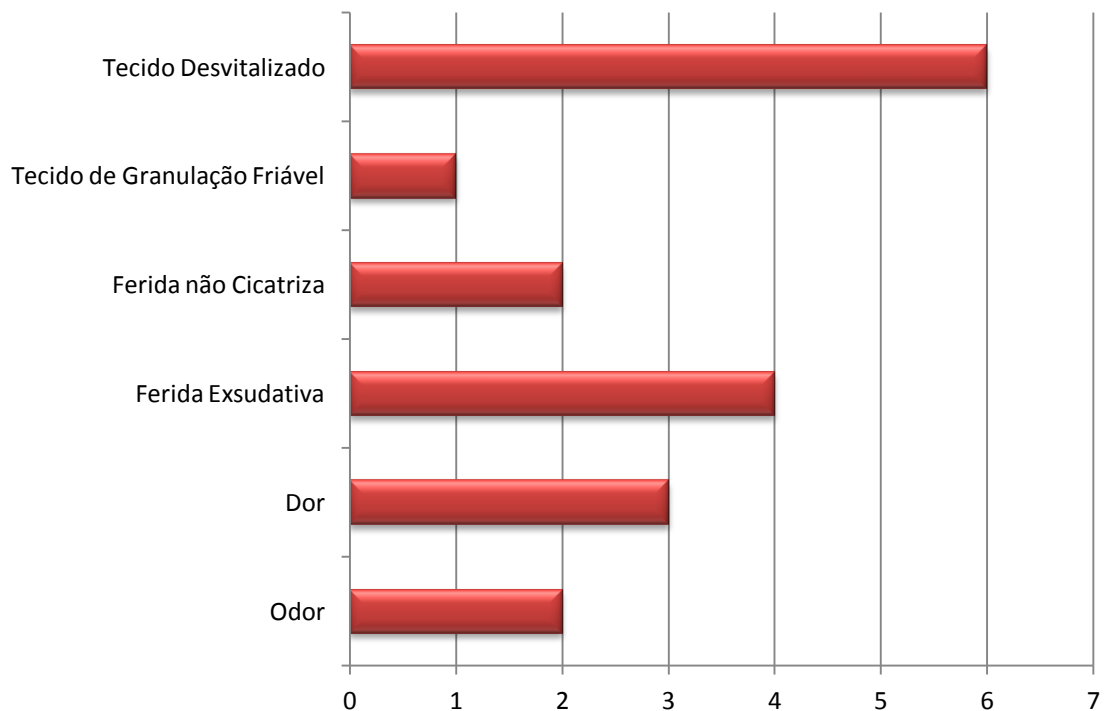
## Medição Área (mm<sup>2</sup>)



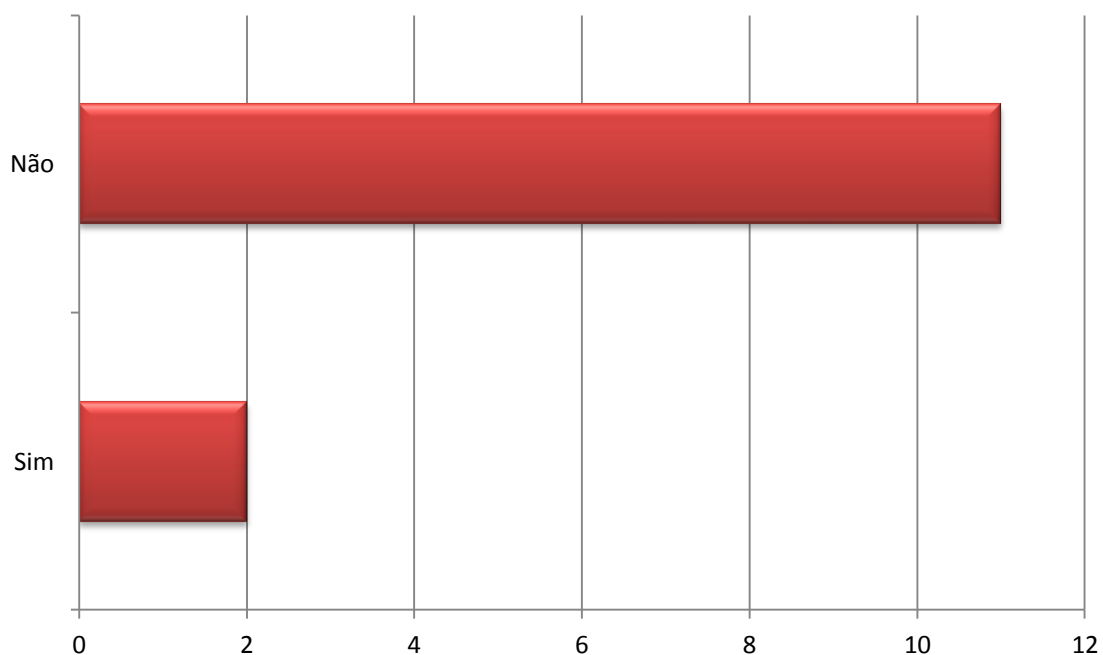
### Tipo de Tecido



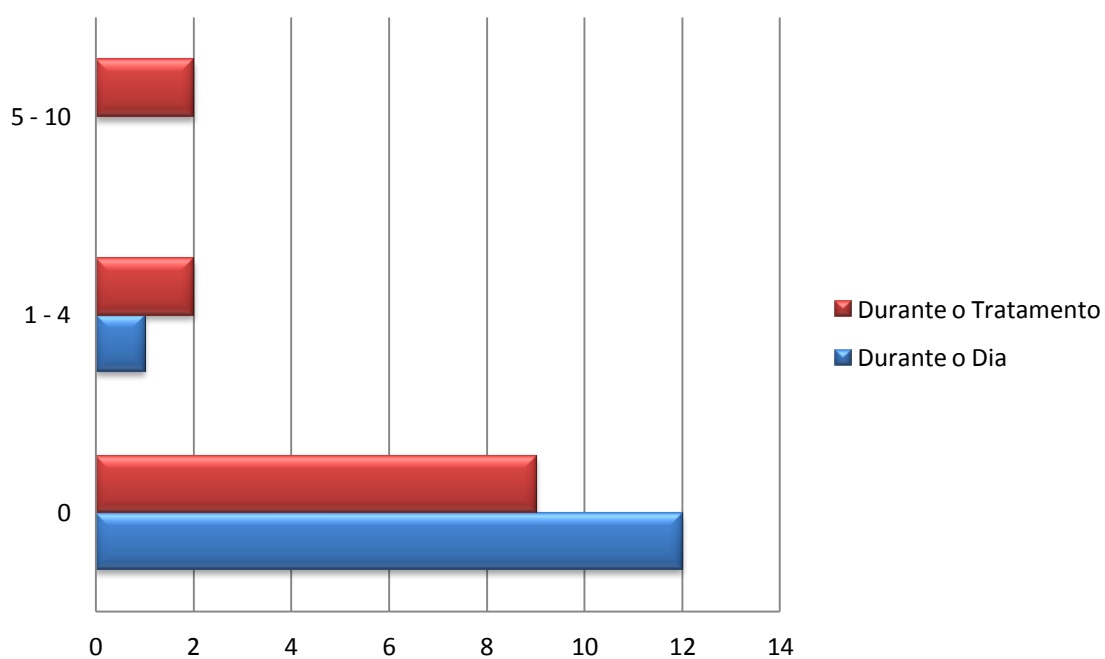
### Sinais de Infecção Superficiais Presentes



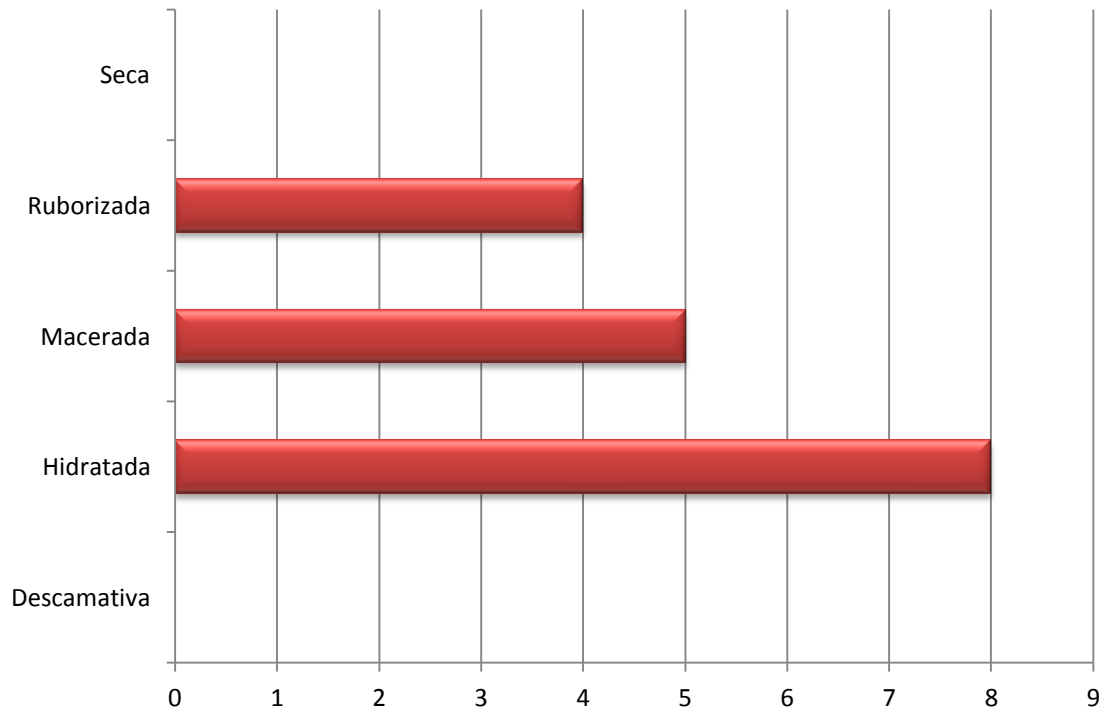
## Diagnóstico de Infecção no Compartimento Profundo



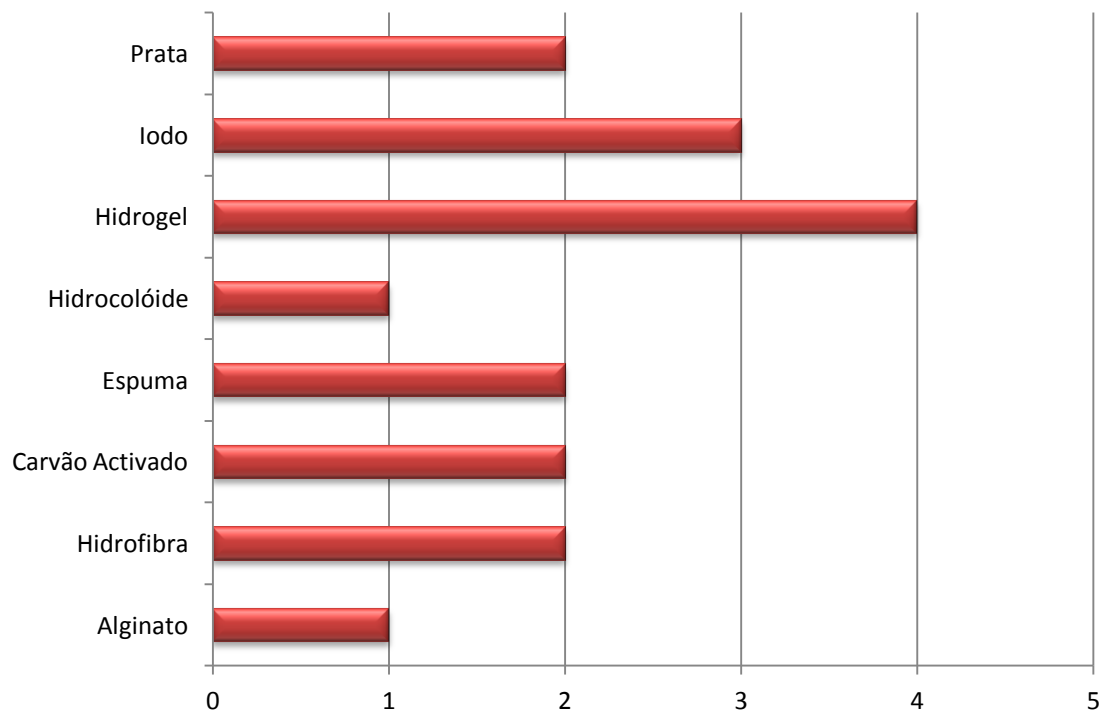
## Nível de Dor na Ferida (0 a 10)



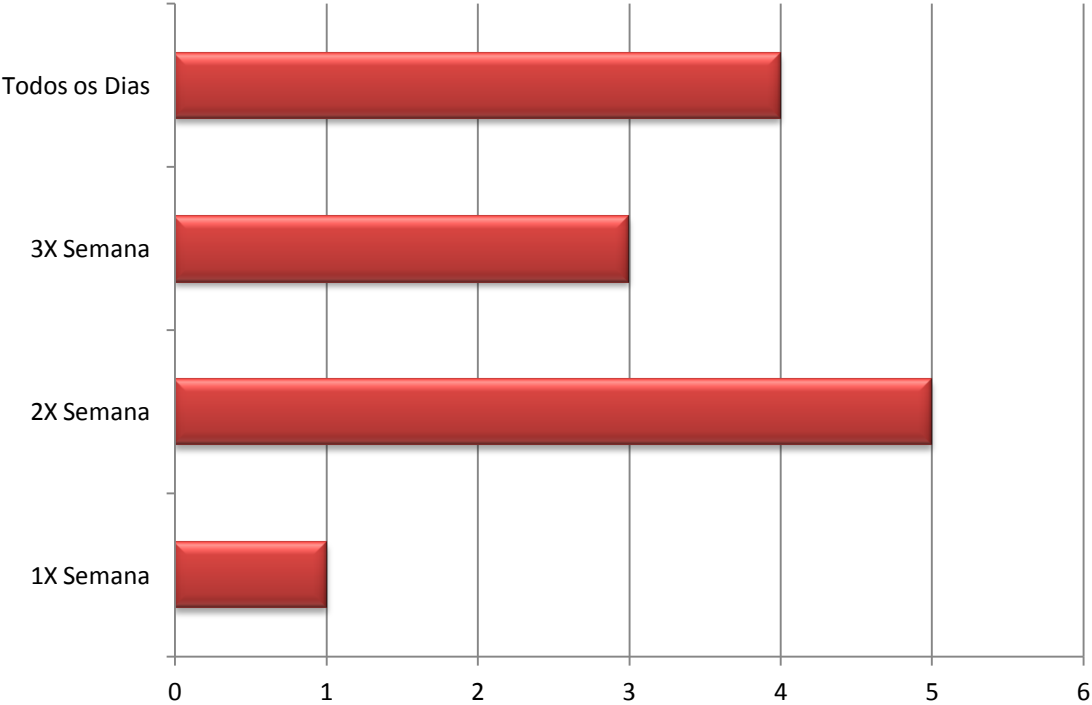
## Pele Circundante



## Material de Penso com Ação Terapêutica



### Frequência de Mudança de Penso



## Anexo III

### Aplicação da Escala de Braden e PUSH TOOL 3.0



## Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____	Idade: _____	
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,  OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,  OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético  OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				<b>Pontuação total</b>
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Cristina Miguéas; Pedro Ferreira; João Gouveia; Kátia Furtado Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)				



## PUSH TOOL 3.0

<b>Comprimento X Largura</b>	<b>0</b> 0	<b>1</b> < 0.3	<b>2</b> 0.3 – 0.6	<b>3</b> 0.7 – 1.0	<b>4</b> 1.1 – 2.0	<b>5</b> 2.1 – 3.0	
		<b>6</b> 3.1 – 4.0	<b>7</b> 4.1 – 8.0	<b>8</b> 8.1 – 12.0	<b>9</b> 12.1 – 24.0	<b>10</b> > 24.0	Sub-total
<b>Quantidade Exsudado</b>	<b>0</b> Nenhum	<b>1</b> Mínimo	<b>2</b> Moderado	<b>3</b> Muito			Sub-total
<b>Tipo Tecido</b>	<b>0</b> Encerrado	<b>1</b> Tecido Epitelial	<b>2</b> Tecido Granulação	<b>3</b> Tecido Desvitalizado	<b>4</b> Tecido Necrótico		Sub-total
<b>Total de pontuação</b>							<b>TOTAL</b>



## Resultados da aplicação

## SR.M- Trocânter esquerdo Ulcera de pressão categoria IV

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (Semanal)
02-05	4X4,5 (9)	Moderado (2)	Tecido Desvitalizado (3)	14	Aquacel Ag Mepilex Ag Espuma de poliuretano	13
16-05	4X5 (9)	Muito (3)	Tecido Desvitalizado (3)	15	Nugel Aquacel Ag Mepilex Ag Espuma de poliuretano	13
31-05	4X5 (9)	Muito (3)	Tecido Desvitalizado (3)	15	Prata com carvão ativado Espuma de poliuretano	13
13-5	4X5 (9)	Muito (3)	Tecido Desvitalizado (3)	15	Prata com carvão Ativado Espuma de Poliuretano	13

Nota: Dor 5; Odor presente; Pele circundante macerada e ruborizada

## Sr. M. Trocânter Direito Ulcera de pressão categoria III

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden
02-05	2X2 (6)	Mínimo (1)	Tecido Granulação (2)	9	Tielle	13
16-05	1X1 (3)	Minimo (1)	Tecido Epitelial (1)	5	Varihesive Extra -fino	13
31-05	0 (0)	Nenhum (0)	Encerrado	0	Varihesive Extra-fino	13

Sr. M. Hallux Esquerdo Ulcera de pressão categoria III

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	1X1 (3)	Mínimo (1)	Tecido Granulação (2)	6	Varihesive Extra-fino	13
16-05	0 (0)	Nenhum (0)	Encerrado (0)	0	Sem penso	13

Sr. M. Região Sacra Ulcera de pressão categoria II

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
31-05	2X7 (9)	Nenhum (0)	Encerrado (0)	9	Varihesive Extra-fino	13
13-06	2X7 (9)	Nenhum (0)	Encerrado (0)	9	Varihesive Extra-fino	13

D. G. Região sacra Ulcera de pressão categoria IV

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	4,5X8 (10)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	14	Aquacel Espuma de poliuretano	8
16-05	4,5X8 (10)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	14	Aquacel Espuma de poliuretano	8

A doente faleceu.

## D.R Crista Iliaca esquerda Úlcera de pressão categoria IV

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	3X6 (9)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	13	Tielle	7
16-05	3X5,5 (9)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	13	Tielle	7
31-05	3X5 (9)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	13	Tielle	7

## D. R. Trocanter esquerdo úlcera de pressão categoria IV

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	4,5X7 (10)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	14	Aquacel Ag Espuma de poliuretano	7
16-05	4X6,5 (10)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	14	Aquacel Ag Espuma de poliuretano	7
31-05	4X6 (10)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	14	Aquacel Espuma de poliuretano	7

Nota: Dor 3, Odor presente, Tecido desvitalizado. Foi encaminhada para urgência a 6 de Junho por exsudado em grande quantidade purulento, ficando internada.

Sra R. Orelha direita Ulcera de pressão categoria IV

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
16-05	1X0,5 (2)	Nenhum (0)	Tecido Desvitalizado (3)	5	Aplicado de betadine	7
31-05	1X0,5 (2)	Nenhum (0)	Tecido Desvitalizado (3)	5	Aplicado de betadine	7

Sra R. Trocanter direito Ulcera de pressão categoria IV

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	4,5X5,5 (10)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	14	Aquacel Ag Espuma de poliuretano	7
16-05	4X5 (9)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	13	Aquacel Ag Espuma de poliuretano	7
31-05	4X5 (9)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	13	Aquacel Espuma de poliuretano	7

## Sra R. Hallux esquerdo Úlcera de pressão III

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	3X2 (7)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	8	Tielle	7
16-05	2X1 (4)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	8	Tielle	7
31-05	2X1 (4)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	13	Tielle	7

## Sr. J Úlcera arterial no calcanhar esquerdo

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	0,5X0,5 (2)	Mínimo (1)	Tecido Desvitalizado (2)	5	Aquacel Mepillex Border	23
16-05	0,5X0,5 (2)	Mínimo (1)	Tecido Desvitalizado (2)	5	Aquacel Mepillex Border	23
31-05	0,5X0,5 (2)	Mínimo (1)	Tecido Desvitalizado (2)	5	Aquacel Mepillex Border	23
13-06	0,5X0,5 (2)	Mínimo (1)	Tecido Desvitalizado (2)	5	Hidrogel Mepillex Border	23

D. F. Trocanter esquerdo Úlcera de pressão categoria IV

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	4X2 (7)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	11	Aquacel Ag Mepilex Ag Espuma de poliuretano	10
16-05	2,5X2 (6)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	10	Aquacel Ag Espuma de poliuretano	10
31-05	2X2 (6)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	10	Aquacel Espuma de poliuretano	10
13-06	2X2 (6)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	10	Aquacel Espuma de poliuretano	10

D. F. Hallux direito Úlcera de pressão categoria III

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
16-05	2,5X2,5 (7)	Nenhum (0)	Tecido (2)	9	Ligadura de proteção	10
31-05	2,5X2,5 (7)	Nenhum (0)	Tecido Necrótico (4)	9	Ligadura de proteção	10
13-06	1X1 (3)	Nenhum (0)	Tecido (1)	4	Ligadura de proteção	10

## Sra. L. Úlcera maligna da perna direita

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	4X2 (7)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	11	Aquacel Ag	23
16-05	4X2 (7)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	11	Aquacel	23
31-05	4X2 (7)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	11	Aquacel	23
13-06	4X2 (7)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	11	Aquacel	23

## D. M. Úlcera na perna esquerda

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	1,5X0,5 (3)	Moderado (2)	Tecido Desvitalizado (3)	8	Nugel Tielle	17
16-05	1,5X0,5 (3)	Moderado (2)	Tecido Desvitalizado (3)	8	Nugel Tielle	17
31-05	0,5X0,5 (2)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	6	Tielle	17
13-06	0,5X0,5 (2)	Mínimo (1)	Tecido Granulação (2)	5	Tielle	17

Sr. J. Trocanter Direito Úlcera de pressão categoria III

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	1,5X1,5 (5)	Moderado (2)	Tecido Desvitalizado (3)	10	Nugel Tielle	10
16-05	1X1 (3)	Mínimo (1)	Tecido Granulação (3)	7	Tielle	10
31-05	1X1 (3)	Mínimo (1)	Tecido Epitelial (1)	5	Varihesive Extra-fino	10
13-06	1X1 (3)	Nenhum (0)	Tecido epitelial (1)	4	Varihesive Extra-fino	10

Sr J. Trocanter Esquerdo Úlcera de Pressão categoria III

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
02-05	1X1 (3)	Mínimo (1)	Tecido Epitelial (1)	5	Varihesive Extra-fino	10
16-05	1X1 (3)	Mínimo (1)	Tecido Epitelial (1)	5	Varihesive Extra-fino	10
31-05	1X1 (3)	Mínimo (1)	Tecido Epitelial (1)	5	Varihesive Extra-fino	10
13-06	1X1 (3)	Nenhum (0)	Tecido Epitelial (1)	4	Varihesive Extra-fino	10

## Sr. S. Úlcera venosa da perna esquerda

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
16-05	2X1 (4)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	8	Tielle	23
31-05	2X1 (4)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	8	Ligadura de Zinco	23
13-06	2X1 (4)	Moderado (2)	Tecido Granulação (2)	8	Ligadura de Zinco	23

## D. E. Úlcera Maligna na mama esquerda

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (semanal)
16-05	12X15 (10)	Muito (3)	Tecido Granulação (2)	15	Mepitel Sorbalgan	21
31-05	12X15 (10)	Muito (3)	Tecido Granulação (2)	15	Mepitel Sorbalgan	23
13-06	12X15 (10)	Muito (3)	Tecido Granulação (2)	15	Mepitel Sorbalgan	23



## Anexo IV

### Estudo de Caso realizado em UCSP





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

### **Estudo de caso**

Susana Ramos

**Porto, Junho de 2012**



Índice

1-Introdução	111
2-Plano de cuidados	113
3-Reflexão	115
4-Referências bibliográficas	117



## 1-Introdução

Decorrente do Modulo de Estágio realizei um estudo de caso, que me permitiu realizar uma reflexão mais profunda das práticas, bem como a utilização da linguagem classificada em Enfermagem. A escolha deste caso prende-se com a minha inexperiência em cuidar alguém com ferida oncológica. Foram apresentados focos, intervenções de Enfermagem e resultados, com recurso à CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), NIC (Nursing Interventions Classification) e NOC (Nursing Outcomes Classification)

### Apresentação da doente

Uma sra com 67 anos, com lesão maligna na mama. Trabalhou até Dez. do ano passado, atualmente está reformada. Vive sozinha, tendo no entanto um filho, nora e neto. Há 4 anos detetou um nódulo na mama, na altura a nora fez mastectomia por uma situação semelhante. Refere que não disse a ninguém porque não queria alterar a vida de ninguém. Antecedentes pessoais de HTA e alcoolismo. Há 4 meses atrás, foi ao serviço de urgência pois a ferida da mama começou a sangrar. Tem uma relação próxima com o filho, a quando das consultas é ele ou a nora que a levam às consultas. É uma vizinha que cuida dela, quando necessita de algum cuidado. Desde há 1 mês esta a fazer quimioterapia paliativa.

O objetivo no que diz respeito ao cuidar sempre foi o conforto da doente e o seu bem-estar. A forma de colar o penso foi mudando ao longo do tempo, tendo em conta a sua comodidade e avaliação constante da ferida. Inicialmente com adesivo, posteriormente com ligadura e com auxílio do soutien. O tecido friável aumenta o risco de perda sanguínea, durante este período foi uma situação que a levou a recorrer a cuidados de saúde 3x por semana. A perda sanguínea não estava relacionada com a atividade. A pele circundante manteve-se íntegra e hidratada. Nega dor e não teve cheiro.

Quanto aos auto – cuidados teve alguns períodos (dias), devido a uma infeção da perna esquerda, em que esteve mais dependente nomeadamente no Transferir-se, Tomar banho e Vestir-se ou Despir-se, em que a cuidadora a apoiou mais, ajudando-a.

Durante este período, a cuidadora ajudou-a realizar as atividades de casa, (arrumar a casa, cozinhar, tratar da roupa), de acordo com as suas necessidades. No mês de Junho melhorou da infeção e conseguiu ser autónoma nos auto-cuidados.

No início demonstrou não ter informação completa sobre a sua situação, tendo inclusivamente a esperança de a ferida regredir completamente. O que necessariamente exigiu uma grande habilidade comunicacional, de forma a ir de encontro às suas expectativas, mas sendo ao mesmo tempo realista tratando-se de um caso paliativo.

Aplicação da escala PUSH TOOL 3.0 e escala de Braden

Data da avaliação	Comprimento X Largura	Quantidade e de exsudado	Tipo de tecido	Total de pontuação	Materiais utilizados	Escala de Braden (1 x semana)
16-05	12X15 (10)	Muito (3)	Tecido Granuloso Friável (2)	15	Mepitel Sorbalga n	21
31-05	12X15 (10)	Muito (3)	Tecido Granuloso Friável (2)	15	Mepitel Sorbalga n	21
13-06	12X15 (10)	Muito (3)	Tecido Granuloso Friável (2)	15	Mepitel Sorbalga n	21

## 2-Plano de cuidados:

Dados para o diagnóstico: Refere em várias situações ter medo do futuro	Diagnóstico: Medo
Intervenções de Enfermagem: Usar abordagem calma e tranquilizadora Esclarecer expectativas de acordo com o comportamento do doente Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o doente possa ter durante o procedimento Escutar o paciente com atenção Criar atmosfera que facilite a confiança Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos	Resultado esperado: Autocontrole do medo  Resultado obtido: Autocontrole do medo

Dados para o diagnóstico: refere que não se sente bem com outras pessoas e não se sente bem consigo	Diagnóstico: Autoestima prejudicada
Intervenções de Enfermagem: Encorajar o doente a identificar pontos fortes Proporcionar experiências que aumentem a autonomia do doente Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior Elogiar o progresso do doente Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima	Resultado esperado: Autoestima melhorada  Resultado obtido: Autoestima melhorada

Dados para o diagnóstico: refere não conseguir dormir como habitualmente	Diagnóstico: Padrão do sono alterado
Intervenções de Enfermagem:	Resultado esperado: Padrão do sono

Proporcionar um ambiente calmo Organizar a maior atividade, para as primeiras horas do dia Identificar fontes de ansiedade	melhorado Resultado obtido: Padrão do sono melhorado
--	---

Dados para o diagnóstico: Hemorragia frequente	Diagnóstico: Hemorragia
Intervenções de Enfermagem: Adequar o material de penso à ferida Monitorizar a perda de sangue Aplicar gelo na área afetada Avaliar reação psicológica à hemorragia Vigiar estado geral, pele e mucosas da doente após perda	Resultado esperado: Controle da hemorragia Resultado obtido: Hemorragia periódica

### 3-Reflexão

Cuidar de uma doente com lesão maligna foi desafiante. Exigiu habilidade na comunicação, para compreender a doente, as suas perspetivas futuras, qual a sua compreensão sobre a sua condição e prognóstico. Perceber quais as suas esperanças e medos foi essencial para uma assistência com qualidade. Não foi fácil, pois para além de exigir competências ao nível da comunicação é exigente pessoalmente.

É uma fase difícil na vida da doente e da família, em que o enfermeiro pode e deve ter um papel muito importante, identificando e respondendo às suas necessidades. Para isso é importante conversar com o doente para identificar os seus objetivos e as suas prioridades, de forma realista e com o propósito de melhorar a sua qualidade de vida.

A doente tinha conhecimento da sua doença, mas nem sempre teve consciência do seu prognóstico. No início tinha a esperança de curar...posteriormente o objetivo tornou-se melhorar, para manter uma qualidade de vida aceitável. Consciente das suas dificuldades, pois sentia que já não era tão independente. Ao longo deste percurso foi feito um acompanhamento de forma a ser clara e objetiva na informação, mas à medida que a doente pedia e estava preparada. Ao longo deste percurso foi importante trabalhar em conjunto a esperança, mas de forma realista. Demonstrando que é importante ter metas e objetivos, mas de forma, a que possam ser concretizados, para não haver mais fontes de ansiedade e frustração. Deve-se evitar suposições sobre os sentimentos do doente e do que estão a experienciar, vendo os seus problemas através do doente.

Escutar de forma ativa, ainda teve mais significado, atender à comunicação não-verbal da pessoa, estar atento ao tom de voz e usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos.

É uma fase em que o investimento deve ser contínua, pois as situações problema prolongam-se, os focos que levantei foram uma preocupação constante e a intervenção foi permanente, tendo como por objetivo o bem-estar da doente mantendo as relações socio-familiares.

Cuidar de uma pessoa numa situação de doença grave, é gerador de crescimento profissional e pessoal. Valorizando-se o que de fato é importante.



#### 4-Referências bibliográficas

BUCTHER, Howard; BULECHECK, Gloria; DOCHTERMAN, Joane – *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. United Kingdom: Elsvier, 2010.

CIPE Versão 1 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão 1, 1º ed. IGIF/APE, 2006.

MOORHEAD, Sue; JOHNSON Marion; MAAS , Meridean L.; SWANSON Elizabeth-  
Classificação dos resultados de enfermagem 4ª ed. Elsvier



## Anexo V

### Estudo de Caso realizado no SMI





**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Estudo de Caso**

**Cuidados de Enfermagem**

**Porto, Fevereiro de 2013**



Índice

1-Introdução	125
2-Apresentação do Doente	125
2.1-História da Doença Atual	125
3-Plano de Cuidados de 3 a 15 de Janeiro	129
4-Reflexão	137
5-Referências Bibliográficas	139



## **1-Introdução**

No decurso do Módulo de Estágio de Cuidados Intensivos no SMI do Hospital Pedro Hispano propus-me realizar um estudo de caso com o propósito de estruturar de forma escrita o processo de enfermagem, de refletir sobre as práticas e familiarizar-me com a linguagem CIPE. A colheita de dados da doente foi realizada através do processo clínico, família, observação e exame físico.

Foram utilizados taxonomias da CIPE (Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem), NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) e NOC (Nursing Outcomes Classification).

## **2-Apresentação do doente**

A Sra MOMP do sexo feminino de raça caucasiana, com 66 anos casada com 2 filhos vive com o marido. Antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HTA), Dislipidemia. A medicação habitual: Glicazida, Ulcermin, Lisinopril, Olcadil. Desconhece alergias.

### **2.1-História da doença atual**

Doente com disfagia para sólidos, vômitos alimentares e anorexia desde Maio de 2012. Emagreceu 9Kg em 2 meses.

Em agosto realizou endoscopia digestiva alta e foi-lhe diagnosticada um carcinoma epidermoide do esófago a 26cm da arcada dentária, de 27mm. Realizou quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, sendo que terminou as sessões de radioterapia em Outubro e quimioterapia em Novembro. Fez broncoscopia para exclusão de lesão pulmonar que não se verificou.

Após quimioterapia e radioterapia constata-se através de TAC uma diminuição do tamanho da neoplasia do terço médio do esófago para 17mm, mantendo-se uma adenomegalia para-esofágica direita de 14mm, não tendo sofrido significativas alterações.

A 3 de Janeiro foi submetida a esofagectomia total, com confecção do tubo gástrico, com anastomose L-L. Durante a cirurgia foi removido um nódulo pulmonar direito tendo a

histologia do exame extemporâneo revelou neoplasia cartilaginosa sugestiva de hemangioma condroide. A nível cervical foi identificada adenopatia suspeita de metastização e ao nível do tronco celíaco foram também identificadas adenopatias muito suspeitas de metastização e aderentes a estruturas circundantes (efetuada disseção ganglionar do tronco celíaco, artéria esplénica e hepática).

Apresenta sutura na região cervical à esquerda, região infra-mamária direita e região epigástrica. Apresenta 2 drenos torácicos (1 na região torácica anterior e 1 no recesso diafragmático posterior), dreno cervical através do mediastino posterior e 1 dreno sub-hepático até a zona do hiato.

Deu entrada no SMI a 3 de Janeiro sedada (Midazolan), analgesiada (Fentanil); com noradrenalina em perfusão. Apresentava hiperglicemia com necessidade de correção com insulina atrapid endovenosa. Apresentava também cateter venoso central com 3 vias, linha arterial na radial esquerda, cateter venoso periférico 20G no braço esquerdo, cateter urinário nº14G. Modo ventilatório VCPR (volume controlado regulado por pressão), FiO<sub>2</sub> de 40%, para Sat (O<sub>2</sub>) entre 98 a 100%, Volume minuto 7,1 a 7,8, Pressão de Pico 20 a 24, PEEP de 5. Tubo endo-traqueal 7,0.

Peso atual: 49Kg

TA: 89/41mmHg

Fr:15 ciclos/minuto

Fc: 62 batimentos/minuto

T(ax): 34,3<sup>o</sup> C, aquecida ao longo do turno 7h T(ax): 37,6<sup>o</sup>C

PVC: 5

Hg: 10g/dl

Lactatos: 2

Glicemia Capilar: 250mg/dl

Altura estimada: 160 cm

Peso estimado: 60Kg

Abertura dos olhos: 4 Espontânea

Resposta Verbal: 1 nula

Resposta Motora: 5 localiza a dor

Pupilas

Direita, tamanho 2, foto reatividade +

Esquerda, tamanho 2, foto reatividade +

Ventilação assistida: ventilador

Tubo: Oro-traqueal

Observações: Tubo N°7, comissura-18



**3-Plano de cuidados de 3 a 15 de Janeiro**

Dados para o diagnóstico: Aplicação de escala de Braden	Diagnóstico de Enfermagem: Alto Risco de desenvolver Ulcera de Pressão
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização do risco diariamente (aplicação da Escala de Braden)</li> <li>• Vigiar sinais de UP de 3/3 horas</li> <li>• Aliviar zona de pressão de 3/3 horas</li> <li>• Posicionar a pessoa de 3/3 horas</li> <li>• Aplicar creme hidratante</li> </ul>	<p>Resultado esperado: Pele integra</p> <p>Resultado obtido: Pele integra</p>

Dados para o diagnóstico: Presença de secreções, presença de tubo oro-traqueal, necessidade de aspiração de secreções.	Diagnóstico de Enfermagem: Limpeza das vias aéreas ineficaz
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a limpeza das vias aéreas</li> <li>• Vigiar a respiração</li> <li>• Vigiar a capacidade de espectorar</li> <li>• Aspirar secreção, cavidade nasal de 3/3 horas</li> <li>• Aspirar secreções na cavidade oral de 3/3 horas</li> <li>• Aspirar secreções pelo tubo endotraqueal (sem horário)</li> <li>• Vigiar secreções cavidade nasal SOS</li> <li>• Vigiar secreções da cavidade oral SOS</li> <li>• Vigiar secreções traqueia SOS</li> </ul>	<p>Resultado esperado: Prevenção de aspiração</p> <p>Resultado obtido: Prevenção de aspiração</p>

Dados para o diagnóstico de Enfermagem: Presença de tubo oro-traqueal, sonda gástrica, sedação e alteração do estado de consciência.	Diagnóstico de Enfermagem: Risco de aspiração
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar a cavidade oral;</li> <li>• Monitorizar pressão do cuff de 3/3 horas;</li> <li>• Monitorizar conteúdo gástrico;</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Prevenção de aspiração</p> <p>Resultado Obtido: Prevenção de aspiração</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar conteúdo gástrico;</li> <li>• Vigiar vômito;</li> <li>• Elevar cabeceira da cama a 30°.</li> </ul>	
Dados para o diagnóstico de Enfermagem: Sinal de godet positivo, edemas periféricos	Diagnóstico de Enfermagem: Edema
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisar sinal de Godet;</li> <li>• Pesquisar pulsos periféricos;</li> <li>• Verificar preenchimento capilar;</li> <li>• Avaliar temperatura e coloração das extremidades;</li> <li>• Monitorizar entradas e saídas;</li> <li>• Monitorizar perímetros maleolares;</li> <li>• Elevar os membros.</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Ausência de edemas periféricos</p> <p>Resultado Obtido: Mantém edemas mas com temperatura, bom preenchimento capilar e pulsos periféricos preservados.</p>

Dados para o diagnóstico de Enfermagem: Incapacidade de manter ventilação espontânea, pelo estado de saúde	Diagnóstico de Enfermagem: Ventilação alterada
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a ventilação</li> <li>• Assistir na respiração</li> <li>• Executar técnica de vibração manual</li> <li>• Executar técnica de drenagem postural</li> <li>• Trocar filtro e tubo flexível de 3/3 dias</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Ventilação adequada</p> <p>Resultado Obtido: Ventilação adequada. Houve tentativa de “desmame ventilatório a 13 de Janeiro sem sucesso, foi re-intubada novamente.</p>

Dados para o diagnóstico de Enfermagem: Presença de Cateter Venoso Central, Cateter arterial, Cateter Urinário, Drenos	Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocar cateter urinário</li> <li>• Remover cateter urinário</li> <li>• Otimizar cateter urinário</li> <li>• Vigiar urina</li> <li>• Remover cateter arterial</li> <li>• Trocar dispositivo de pressão invasiva</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Sem infecção</p> <p>Resultado Obtido: Retirou dreno abdominal e cervical dia 8 de Janeiro. Retira dreno posterior direito a 15 de Janeiro. Foram substituídos cateter venoso central e</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar tratamento ao local de inserção</li> <li>• Otimizar cateter arterial</li> <li>• Vigiar penso do cateter</li> <li>• Remover cateter venoso central</li> <li>• Trocar dispositivo de pressão invasiva</li> <li>• Otimizar cateter venoso cent</li> <li>• Otimizar tubo endo traqueal</li> <li>• Remover tubo endo traqueal</li> <li>• Monitorização pressão do cuff</li> <li>• Executar o tratamento ao local de inserção do dreno</li> <li>• Otimizar o dreno</li> <li>• Vigiar sinais inflamatórios do local de inserção do dreno</li> <li>• Vigiar eliminação do líquido através do dreno</li> <li>• Vigiar penso do dreno</li> <li>• Executar o tratamento ao local de inserção do dreno</li> <li>• Mobilizar o dreno</li> <li>• Retirar dreno</li> <li>• Trocar frasco de drenagem</li> <li>• Otimizar o dreno</li> <li>• Vigiar sinais inflamatórios do local de inserção do dreno</li> <li>• Otimizar a utilização do cateter epidural</li> <li>• Vigiar penso do cateter epidural</li> </ul>	<p>linha artéria, por apresentar sinais inflamatórios no local de inserção (12 de Janeiro); Apresenta sutura com ligeiros sinais inflamatórios (14 de Janeiro); Foi assumida infeção respiratória nosocomial (15 de Janeiro)</p>
--	--

<p>Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Imobilidade resultante do estado de saúde da doente.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Maceração</p>
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar condição de risco para a maceração</li> <li>• Proteger a pele de líquidos orgânicos</li> <li>• Manter pele “seca”</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Pele integra</p> <p>Resultado Obtido: Pele integra</p>

<p>Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Incapacidade no autocuidado de higiene, doente sedada</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem: Autocuidado de higiene dependente em grau elevado</p>
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar a capacidade para o</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Autocuidado de higiene adequado</p>

<p>autocuidado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar um ambiente terapêutico;</li> <li>• Dar banho na cama;</li> <li>• Lavar a boca de 3/3 horas;</li> <li>• Lavar o cabelo de 2/2 dias;</li> <li>• Utilizar artigos pessoais.</li> </ul>	<p>Resultado Obtido: Autocuidado de higiene adequado</p>
--	--

<p>Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Incapacidade no autocuidado uso do sanitário, doente sedada</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem: Autocuidado uso do sanitário em grau elevado</p>
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar a integridade cutânea;</li> <li>• Otimizar a fralda (sem horário)</li> <li>• Trocar a fralda (sem horário)</li> <li>• Lavar o períneo (sem horário)</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Manter uso do sanitário adequado</p> <p>Resultado Obtido: Manter uso do sanitário adequado</p>

<p>Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Doente com entubação oro traqueal</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem: Risco de alteração de Membrana Mucosa</p>
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar membrana mucosa em SOS</li> <li>• Otimizar tubo endo-traqueal e sonda nasogástrica</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Integridade oral</p> <p>Resultado Obtido: Integridade oral</p>

<p>Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Ausência de movimentos articulares do tornozelo</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem: Risco de pé equino</p>
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar movimento articular do tornozelo;</li> <li>• Otimizar roupas da cama</li> <li>• Aplicar almofada na planta do pé;</li> <li>• Executar técnica de exercícios articulares passivos do tornozelo.</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Prevenção de pé equino</p> <p>Resultado Obtido: Prevenção de pé equino</p>

<p>Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Sedação, ausência de movimentos palpebrais, diminuição do lacrimejo.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem: Risco úlcera de córnea bilateral</p>
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar olho</li> <li>• Lavar o olho de 3/3 horas</li> </ul>	<p>Resultado Esperado: Córnea sem lesões</p> <p>Resultado Obtido: Córnea sem lesões</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar lágrima artificial de 3/3 horas</li> <li>• Manter pálpebras fechadas</li> </ul>	
--	--

Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Ferida cirúrgica resultante da esofagectomia	Diagnóstico de Enfermagem: Ferida cirúrgica
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar o tratamento á ferida cirúrgica;</li> <li>• Vigiar ferida cirúrgica;</li> <li>• Remover material de sutura;</li> <li>• Vigiar penso cirúrgico;</li> <li>• Monitorizar ferida cirúrgica</li> </ul>	Resultado Esperado: Ferida cirúrgica cicatrizada Resultado Obtido: Ferida em vias de cicatrização, sem sinais inflamatórios

Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Doente com tubo endo-traqueal e sedada	Diagnóstico de Enfermagem: Comunicação prejudicada
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar estado de consciência</li> <li>• Criar um ambiente de aceitação e privacidade sem pressa</li> <li>• Utilizar toque terapêutico</li> <li>• Falar com frases curtas</li> <li>• Incentivar a família a falar e tocar</li> <li>• Utilizar gestos</li> <li>• Estabelecer contacto visual</li> <li>• Usar nível de voz normal</li> </ul>	Resultado Esperado: Comunicação melhorada Resultado Obtido: Comunicação prejudicada

Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Apresenta fácies com esgar de dor a quando das mobilizações	Diagnóstico de Enfermagem: Dor
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação completa de dor;</li> <li>• Observar indicadores não-verbais de desconforto;</li> <li>• Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do doente ao desconforto (temperatura, ruído, iluminação);</li> <li>• Utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas (posicionamento adequado, toque terapêutico, massagem);</li> <li>• Administrar terapêutica em SOS antes das atividades;</li> <li>• Instruir e modificar as medidas terapêuticas com base na resposta do doente</li> </ul>	Resultado Esperado: Ausência de dor Resultado Obtido: Dor controlada

Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Internamento na SMI	Diagnóstico de Enfermagem: Processo familiar comprometido
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar a família;</li> <li>• Facilitar o envolvimento da família;</li> <li>• Promover o envolvimento da família;</li> <li>• Gerir ambiente físico.</li> </ul>	Resultado Esperado: Processo familiar melhorado  Resultado Obtido: Processo familiar melhorado

Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Incerteza quanto à situação de saúde se o problema de cancro se resolveu e se melhorou em qualidade de vida	Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar abordagem calma e tranquila;</li> <li>• Escutar a família com atenção;</li> <li>• Criar uma atmosfera que facilite a confiança</li> <li>• Encorajar a expressão de sentimentos, perceções e medos</li> </ul>	Resultado Esperado: Redução da Ansiedade  Resultado Obtido: Redução da Ansiedade

Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Internamento no SMI, de um familiar	Diagnóstico de Enfermagem: Apoio familiar comprometido
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitar os valores da família;</li> <li>• Avaliar a reação emocional da família à condição do doente;</li> <li>• Promover relação de confiança;</li> <li>• Incluir os familiares no processo de decisão;</li> <li>• Escutar preocupações, sentimentos e perguntas da família;</li> <li>• Responder às questões da família ou ajudar a obter respostas</li> </ul>	Resultado Esperado: Promover a integridade familiar  Resultado Obtido: Ajudar a família a adaptar-se no processo de doença

Dados para o Diagnóstico de Enfermagem: Incerteza no prognóstico	Diagnóstico de Enfermagem: Medo
Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar esperança realista;</li> <li>• Promover o envolvimento da família;</li> </ul>	Resultado Esperado: Controlo eficaz do Medo  Resultado Obtido: Medo controlado

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Escutar ativamente;</li><li>• Promover esperança ativa</li></ul> |  |
|--|--|



#### **4-Reflexão**

O enfermeiro especialista deve possuir um conhecimento aprofundado sobre uma área específica de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde. Deve possuir elevado juízo clínico que permita a tomada de decisão traduzido num conjunto de competências específicas.

No contexto de Unidade de Cuidados Intensivos surgem variadas situações de doença, que pela sua gravidade é necessário dar resposta de forma imediata e eficaz. O enfermeiro deve assistir o doente de forma a assegurar as funções vitais, mas também de forma global tendo em conta a individualidade do doente. O processo de enfermagem é um instrumento de trabalho do enfermeiro, que é utilizado diariamente para que haja uma avaliação e um acompanhamento do doente.

A informação sobre o doente deve ser o mais completa possível, para que seja mais próxima da realidade e do seu contexto assim é determinante colher os dados de várias fontes. Neste caso foi realizada colheita através do processo da doente, observação da doente e conversa com os familiares.

È através dos dados que se concebem diagnósticos, neste caso foi utilizada linguagem CIPE e consulta dos diagnósticos da NANDA. Houve alguma dificuldade, neste aspeto pois habitualmente não utilizo linguagem CIPE, ainda que esteja familiarizada com alguns diagnósticos devido à supervisão de alunos de licenciatura. Houve necessidade de escolher diagnósticos e não colocar todos, o critério da escolha refere-se a ser Intervenções autónomas de enfermagem e com áreas que considero de particular importância como a dor, comunicação, a relação com a família, alguns autocuidados e relacionados com a ventilação. Tive a oportunidade de perceber do que se pode realizar enquanto autónomo neste serviço, que é muito mais do que esperava inicialmente, assim tive a oportunidade de conceber, realizar e avaliar.

Considero que as intervenções interdependentes são determinantes no exercício da profissão, particularmente num serviço tão técnico em que a estabilização do doente e monitorização do doente é essencial, nomeadamente relacionados com a monitorização, medicação.

Os resultados de enfermagem obtidos em alguns diagnósticos não coincidiram com os resultados esperados nomeadamente no risco de infeção. Neste serviço em particular, as

medidas de controlo de infeção são determinantes para o sucesso do processo. No caso desta doente, com uma patologia difícil e que desde Maio tem vindo a trazer consequências na vida desta doente e família. A cirurgia foi um marco importante e causante de ansiedade e medo, mas também de alguma esperança.

No início a família demonstrou-se preocupada com o estado de saúde da doente, mas também se o problema do cancro ficou resolvido e se ia ter melhor qualidade de vida. As respostas à família foram dadas com verdade e sempre com a informação disponível no momento, o evoluir do estado de saúde da doente foi paulatino, gerando na família desgaste e por parte da equipa também gera desconforto. A cirurgia decorreu conforme o previsto, mas durante o internamento em termos ventilatórios não reagiu tão bem quanto seria espetável. Sendo uma cirurgia muito agressiva pela sua abordagem influenciou o estado da doente, tal como a sua suscetibilidade resultante do processo de doença e dos tratamentos realizados. É determinante que o enfermeiro previna a aquisição e transmissão de infeções, o que neste caso não se verificou isto é, em algum momento o equilíbrio foi quebrado e instalou-se uma infeção. A abordagem de um doente crítico deve-se pautar por cuidados bem definidos, estruturados em Guidelines e Bundles de conhecimento de toda a equipa. O controlo de infeção é uma preocupação no hospital e no serviço, com grupos de trabalho com um papel ativo na equipa. É determinante refletir sobre a nossa prática, as consequências dela, as repercussões que tem na vida dos outros e que vai ter na vida desta doente. A análise da nossa atuação deve ser constante refletindo sobre formas de melhorar.

Devo referir que acompanhei a doente do período de 3 de Janeiro até 15 de Janeiro, mas que o internamento se prolongou, foi realizada posteriormente traqueostomia e detetado no líquido pleural células malignas. Posteriormente à realização da traqueostomia foi possibilitado à doente ficar consciente e sem sonda, o que implica uma reorganização da família e da equipa com novos desafios em prole do bem-estar da doente.

## **5-Referências Bibliográficas**

BUCTHER, Howard; BULECHECK, Gloria; DOCHTERMAN, Joane – *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. United Kingdom: Elsevier, 2010.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão 1, 1º ed. IGIF/APE, 2006.

JOHNSON, Marion. – Diagnósticos resultados e intervenções de enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC, E NIC. 1ª Edição. Artmed Editora, Porto Alegre, 2005.

MOORHEAD, Sue; JOHNSON Marion; MAAS, Meridean L.; SWANSON Elizabeth-  
Classificação dos resultados de enfermagem 4ª ed. Elsevier



**Anexo VI**  
Documento de registo de validade de material do Carro de  
Emergência





Medicação	Apresentação	Nº	Jan.	Fev.	Mar.	Abril	Maio	Jun.	Jul.	Agos.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Ácido Acetilsalicílico 100mg	(cp)	3												
Adenosina 6mg	(amp)	5												
Adrenalina 1 mg	(amp)	10												
Água Bidestilada 20cc	(amp)	10												
Amiodarona 150mg	(amp)	5												
Atropina 0,5mg	(amp)	9												
Bicarbonato de Sódio 8,4%, 10 MEq	(amp)	5												
Captopril 25mg	(cp)	5												
Cloreto de Potássio 7,45%	(amp)	3												
Cloreto de Sódio 20cc	(amp)	5												
Glucose 30% 20cc	(amp)	2												
Diazepan 10mg	(amp)	5												
Digoxina 0,5mg	(amp)	3												
Dopamina 200mg	(amp)	3												

Medicação	Apresentação	N°	Jan.	Fev.	Mar.	Abril	Maio	Jun.	Jul.	Agos.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Flumazenil, 5mg	(amp)	4												
Furosemida 20mg	(amp)	15												
Cloreto de Cálcio 10%	(amp)	2												
Hidrocortisona 100mg	(amp)	2												
Lidocaína a 1 % 10mg	(amp)	2												
Sulfato de Magnésio 20%	(amp)	3												
Midazolam 15mg	(amp)	4												
Naloxona 400micg	(amp)	4												
Nitroglicerina 0,5mg	(cp)	4												
Prednisolona 1gr	(amp)	1												
Propofol 1%	(amp)	3												

	Jan.	Fev.	Mar.	Abril	Maio	Jun.	Jul.	Agosto	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Assinatura												
N° mecanográfico												
Data												

Material	Quant.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Tubo de Guedel (Nº1 → Nº4)	1 de cada												
Tubo Nasofaríngeo (Nº6 e Nº7)	1 de cada												
Tubo Endotraqueal c/cuff e sem cuff (Nº3 → Nº8,5)	2 de cada												
Máscara Laringea (Nº4 e Nº5)	1 de cada												
Introdutor Bougie	1												
Pinça Maggil (Adulto e Pediátrico)	1 de cada												
Kit de Cricotiostomia	1												
Guia ou condutor (Adulto e Pediátrico)	1 de cada												
Gel lubrificante	1												
Sonda de Aspiração (CH6 → 18)	4												
Drenos torácicos (Nº14 → 40)	1 de cada												
Válvula de Heimlich	1												
Gel ultrassons	1												

Material	Quant.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Cateter I.V. (14G → 24G)	4 de cada												
Sistema de soro	5												
Torneira de 3 vias c/prolongador	5												
Seringa irrecuperável (1cc → 20cc)	5 de cada												
Agulhas irrecuperáveis (I.M. - I.V. - S.C.)	10 de cada												
Agulha-Intraóssea (Adulto - Criança)	2 de cada												
Compressas Esteril. 7.5cmx7.5cm	4												
Compressas Esteril. 15cmx20cm	2												
Luas Cirúrgicas (Nº 6,5 → Nº8)	1 de cada												
Sonda Nasogástrica (Tam.14 e 16)	1 de cada												
Assinatura													
Número Mecanográfico													
Data													



## Anexo VII

### Formação “Tratamento de Feridas”





Ministério da Saúde

**ARS NORTE**Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.**ACES Grande Porto VII****- Porto Oriental****UCSP São Roque da Lameira****PLANO DE SESSAO****Centro de Saúde de Campanhã****Formador:** Susana Ramos**Título: Tratamento de Feridas****Destinatários:** Enfermeiras (os) da UCSP São Roque da Lameira**Data:** 23 de Maio de 2012**Duração:** 40 minutos**Objetivo geral:**

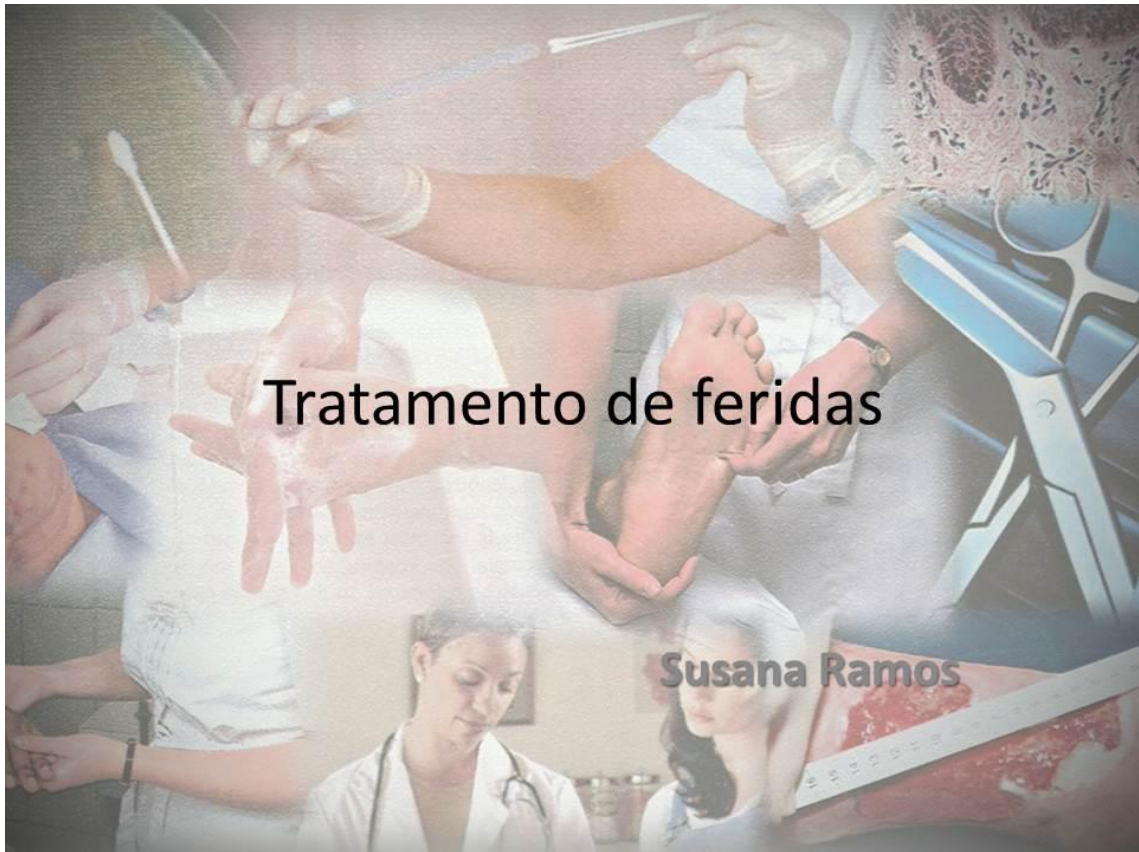
- Compreender as diferentes utilizações dos produtos nos vários tipos de feridas
- Refletir sobre as práticas
- Rentabilizar recursos

**Objetivo específico:**

- Diferenciar os vários tipos de feridas
- Identificar vários tipos de desbridamentos
- Enumerar 3 produtos desbridantes;
- Indicar características dos produtos em uso na UCSP de São Roque da Lameira;
- Identificar os vários tipos de tecidos que constituem a ferida

<b>Tempo</b>	<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e técnicas</b>	<b>Meios a utilizar</b>

10 minutos	<b>Introdução</b>	Comunicação de objectivos	Método expositivo	Computador
20 minutos	<b>Desenvolvimento</b>	1.Ferida 2.Tipos de feridas 3.Limpeza e antissepsia 4.Desbridamento 5.Produtos de feridas	Método expositivo  Método ativo	Computador
10 minutos	<b>Conclusão</b>	Síntese dos assuntos abordados.  Mostrar a importância do conteúdo da sessão para a importância de uma correta utilização dos produtos de feridas.  Avaliação da aprendizagem através da sugestão de tratamento.	Método expositivo  Método ativo	Computador
<p><b>Avaliação:</b></p> <p><b>Preenchimento do questionário “Avaliação da formação” .</b></p>				

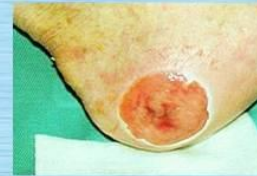


## Objetivos:

- Aumentar conhecimentos;
- Refletir sobre as práticas;
- Rentabilizar os recursos.

## Ferida

*Lesão tecidual habitualmente associada a danos físicos ou mecânicos; formação de crosta e tunelização dos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta, ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele odor; sensibilidade dolorosa aumentada. (CIPE;2006)*



## Fatores que influenciam a cicatrização

- Fatores intrínsecos
  
- Fatores extrínsecos

## Fatores intrínsecos

- Idade;
- Antecedentes pessoais;
- Medicação;
- Estado nutricional;
- Perceção sensorial;
- Mobilidade
- Fumador;
- Álcool;
- Diminuição da perfusão;
- Humidade.



## Fatores extrínsecos

- Mudança constante de penso;
- Aplicação incorreta de produtos;
- Limpeza agressiva de ferida;
- Uso de antissépticos.

## Avaliação e caracterização da ferida

### Objetivos:

- Descrição pormenorizada da ferida;
- Fornecer o máximo de informação sobre a ferida e pele circundante;

Monitorização da  
evolução da ferida

Seleção adequada de  
produtos

## Aspeto da ferida

- Dimensão;
- Tipo de tecidos;
  - epitelização
  - granulação
  - desvitalizado
  - necrosado
- Tipo e quantidade de exsudado;
- Odor;
- Sensibilidade;
- Pele circundante

## Um registo correto de uma ferida, tem como objetivos:

- Facilitar a comunicação entre a equipa multidisciplinar;
- Servir de suporte na continuidade dos cuidados;
- Permitir uma avaliação dos cuidados;
- Melhorar a qualidade dos cuidados;
- Individualizar os cuidados;
- Determinar responsabilidades;
- Permitir uma proteção legal;
- Fornecer dados estatísticos;
- Analisar custos hospitalares;
- Fornecer dados para a investigação.

## Medição de feridas

- Medição simples

Largura x comprimento



Diâmetro x diâmetro



Diâmetro máximo x diâmetro  
máx. perpendicular à 1ª medida



## Avaliação e caracterização

- Régua de Kundin

Informa sobre área e volume ferida

Composto por 3 régua de papel descartáveis

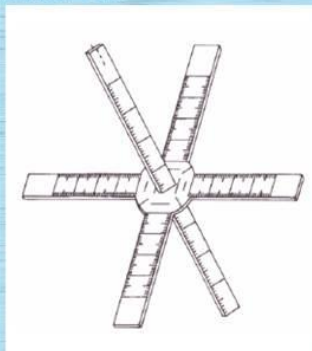
colocadas em ângulos retos fornecem

informação sobre

comprimento,

largura e

profundidade da ferida

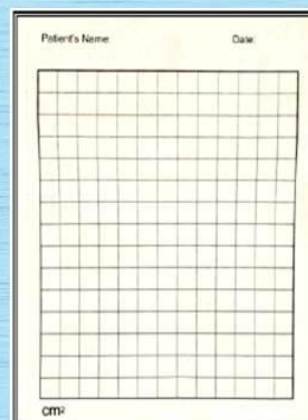


## Avaliação e caracterização

- Delineador de feridas

Formado por 2 películas transparentes onde é traçada a superfície da ferida

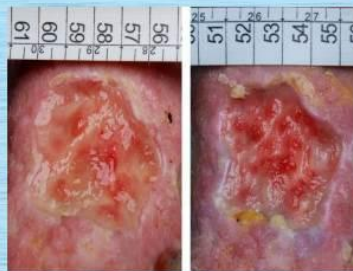
Da comparação dos vários traçados em tempos diferentes obtém-se informação sobre a sua evolução



## Avaliação e caracterização

- Fotografia simples

Método mais comumente usado onde deve ser anexada á ferida uma escala de medição (régua)  
Informa sobre o aspeto da ferida e dimensões em termos visuais



## Software fotografia

Utiliza 1 foto que foi processada por 1 scanner especial onde uma régua lhe é associada para cálculo do comprimento e largura

Fotos escaladas são usadas comparativamente para informar sobre evolução ferida

## Instilação de líquidos

Procede-se ao preenchimento da ferida com fluido salino que é aspirado

Informa sobre o volume

## Tipos de feridas

- Feridas agudas:-cirúrgicas  
-traumáticas
- Feridas crónicas:-ulcera de pressão  
-ulcera de perna  
-pé diabético

## Feridas crónicas

- Tem um comportamento diferente das feridas agudas e o seu tratamento deve ser encarado de forma diferente.
- É necessário fazer uma abordagem holística do doente, para determinar, com exatidão, os fatores, intrínsecos ou extrínsecos, que levaram à interrupção ou alteração do processo de cicatrização.

## Tipos de feridas

- Colonizadas
- Colonização crítica
- Infetada



## Ferida colonizada

Caracterizam-se pela presença de múltiplos micro-organismos, que não provocam danos na ferida nem interrompem o processo de cicatrização.

## Colonização crítica

Ferida com uma carga bacteriológica elevada. Presença de sinais subtis de infecção: cicatrização lenta, mudança de cor do leito da ferida, o tecido de granulação fica mais friável ou pode estar ausente, presença de mau odor, aumento da produção de exsudado e dor.

## Ferida infectada

A carga bacteriana vai aumentando até provocar danos nos tecidos e alterações no sistema imunitário do hospedeiro.

Os sintomas são: calor, rubor, edema, dor, febre, mau odor e exsudado abundante e purulento

## Limpeza da ferida

- Tem como objetivos
  - Reduzir carga bacteriana
  - Remover detritos orgânicos e inorgânicos
  - Facilitar a cicatrização

## Limpeza da ferida

- Ter a sala de pensos aquecida
- Não deixar a ferida exposta durante longos períodos
- Não lavar com solutos frios



37º C promove a granulação e a epitelização

## Limpeza da ferida

A limpeza das feridas deve ser feita com agentes não iónicos (sem potencial eléctrico) como:



- Soro fisiológico
- Solução de Ringer
- Água da torneira

**PORQUE NÃO DESTROEM AS CÉLULAS E REMOVEM A SUJIDADE E AS BACTÉRIAS**

## Irrigação de feridas

### Irrigação de baixa pressão

- A irrigação a baixa pressão consegue-se, utilizando apenas uma seringa sem agulha, um frasco de soro com um vazador de líquidos acoplado, ou com um frasco de soro próprio para irrigação.
- Está indicada em feridas colonizadas.

## Irrigação de feridas

### Irrigação de alta pressão

- A irrigação a alta pressão consegue-se acoplado uma seringa de 20 cc com uma agulha ou cateter de 18 a 21 G, e está indicada em feridas infetadas ou colonizadas criticamente.
- A pressão exercida é suficientemente alta para arrastar os microrganismos bem como outros potenciais fatores de infeção presentes no leito da ferida, mas não tão alto que danifique os tecidos.

## Imersão ou chuveiro

- Podem ser úteis, mas necessitam de cuidados adicionais (ulceras de perna e queimados).
- Imersão; consiste em mergulhar a ferida em água durante cerca de 5' a 10'. Esta técnica, para além de limpar o leito da ferida promove a limpeza e hidratação da pele circundante.
- Chuveiro permite aproveitar a pressão para lavar a ferida.

## Penso ideal

Não se pode dizer que existe o melhor produto, visto que não existem duas pessoas iguais, logo o que seria o melhor para uma poderia não ser o melhor para a outra. Também não podemos afirmar que existe um produto que possa ser utilizado durante todo o processo cicatricial. O importante é ponderar e utilizar sempre o bom senso com base no conhecimento científico.

## Penso ideal

- Manter a humidade
- Remover o excesso de exsudado
- Impermeável as bactérias
- Permitir as trocas gasosas

## Feridas muito exsudativas

Devemos utilizar produtos com grande capacidade de absorção:

- Hidrófibras (absorve até 30x o seu peso)
- Alginatos;(propriedades hemostáticas em pequenas hemorragias; absorve até 20x o seu peso)
- Espumas de poliuretano ( a absorção faz-se na horizontal o que implica o uso de protetor cutâneo)



Importante proteger a pele circundante com protetor cutâneo

## Creme barreira de longa duração

- **COMPOSIÇÃO :**

É constituído por um terpolímero acrilato, que permite a sua fixação ao estrato córneo, impedindo a transferência do creme para a fralda, lençol ou outra superfície de contacto, permitindo, ainda, uma elevada fixação aos tecidos e adesão de produtos adesivos. Tem também, na sua composição a dimeticone, que repele contaminantes externos e conferindo-lhe um efeito barreira, resistente à água. A Dicapryladipate isopropyl palmitate confere à pele um aspeto suave, macio e flexível. É uma emulsão de água em óleo sob a forma de creme concentrado com um pH equilibrado.

- **INDICAÇÕES :**

Indicado para proteger e hidratar a pele em risco por exposição a fluidos corporais – incontinência (urinária e/ou fecal) e para hidratar peles muito secas – desidratação.

- **MECANISMO DE AÇÃO:** Quando aplicado, o produto atua como hidratante e barreira.

- **APLICAÇÃO:**

A pele deve estar bem limpa e seca antes de aplicar o produto. Aplicar uma pequena quantidade e espalhar bem (2 gr cobrem uma área de 20cmX25cm. Se a pele ficar oleosa é porque se aplicou produto em excesso.

## Creme barreira de longa duração

- **FREQUÊNCIA DE MUDANÇA :**

No caso de incontinência, aplicar o creme a cada três episódios. Não é necessário aplicar a cada lavagem. No caso de hidratação de pele seca, aplicar uma vez por dia a cada dois dias.

- **APRESENTAÇÃO :**

Bisnaga de 92 gr

- **NOME COMERCIAL :**

Cavilon® creme , Mitosyl®, Lauroderme®, Halibut®

## Cavilon- spray

- **COMPOSIÇÃO :**  
O copolímero acrílico é o principal componente responsável pela formação duma película de proteção cutânea. É um produto estéril, que tem associado um plastificante que garante a flexibilidade e homogeneidade da película (polifenilmetilsiloxane) e um solvente à base de silicone não irritante e de rápida evaporação (hexametildisiloxano).
- **INDICAÇÕES :**  
Barreira a fluidos corporais e a drenagem de feridas; proteção da pele peri-estomas; proteção da pele debilitada pelo uso contínuo de adesivos e pensos; proteção da pele peri-lesão/feridas
- **MECANISMO DE AÇÃO :**  
Quando aplicado, o produto origina a formação duma barreira protetora, livre de álcool, produzindo um espessamento da camada córnea.

## Cavilon spray

- **APLICAÇÃO :**  
A pele deve estar bem limpa e seca antes de aplicar o produto. Aplicar uma camada uniforme sobre a área de tratamento. Quando se utilizar o vaporizador, este deve ficar a uma distância de 10 a 15 cm da superfície da pele e de ser aplicado em movimentos circulares. Nas zonas de pele com dobras ou pregas, antes da aplicação, estas deverão ser mantidas separadas e só depois do produto ter secado é que se deixa a pele retomar a sua posição normal.
- **FREQUÊNCIA DE MUDANÇA :**  
A frequência da aplicação está condicionada à quantidade de exsudado e tipo de fluído corporal. Na proteção per-lesional ou peri-estoma poderá ir até 48 ou 72 horas. Na proteção da pele com adesivos a aplicação deverá ser de 72 horas ou ao fim de 5 lavagens.
- **APRESENTAÇÃO :** aplicador de uso único de 1 e 3 ml e vaporizador de 28 ml
- **NOME COMERCIAL :** Cavilon®cotonetes, Cavilon® spray

## Antissépticos

São agentes carregados eletricamente

- Soluto de Dakin
- Água oxigenada
- Clorohexidina

INTERAGEM COM A MEMBRANA CELULAR PROVOCANDO-LHE PERDA DE PERMEABILIDADE DE QUE RESULTA A MORTE. DESTROEM OS FIBROBLASTOS

## Clorohexidina

- **Ação:**  
Rutura da membrana citoplasmática bacteriana.  
Eficaz nas membranas Gram+ e Gram-
- **Efeitos adversos:**  
Toxicidade celular.  
Irritação cutânea, dor e desconforto.  
Efeito cumulativo.

## Peróxido de hidrogénio

- **Ação:**
- Age sobre a membrana lipídica, DNA e outros componentes essenciais da célula bacteriana, através da produção de radicais livres.
- Eficaz nas bactérias anaérobias.
- Remoção de substâncias contaminantes.
- Mecânica de limpeza.
  
- **Efeitos adversos:**
- Toxicidade dos fibroblastos.
- Embolias nas irrigações em cavidades.
- Semi-vida curta.
- Dor ao contacto.
- Irritação da pele circundante.
- Retarda a cicatrização.

## Hipoclorito

- **AÇÃO:**
- Eficaz nas bactérias GRAM+ E GRAM-
- Alguns esporos e vírus
  
- **EFEITOS ADVERSOS:**
- Toxicidade celular
- Redução da perfusão capilar
- Tóxico para o tecido de granulação
- Prolonga a resposta inflamatória
- Irritação cutânea, dor e desconforto
- Edema localizado

## Iodopovidona

- **Ação:**
- Ruptura da parede celular de micro-organismos através da combinação irreversível com aminoácidos.
- Exerce função bactericida em 1 minuto de exposição e destrói os poros bacterianos em 15 minutos.
- Eficaz nas bactérias Gam+ e Gram-
- Fungos
- Alguns vírus
- **Efeitos adversos:**
- Inibe a cicatrização.
- Reabsorção do iodo
- Pode aumentar a probabilidade de infecção em feridas contaminadas

## Protosan

- **AÇÃO:**
- Solução de lavagem de feridas: Água purificada, 0,1% undecilenamidopropilbetaína, 0,1% poliaminopropil biguanido (polihexanida).- limpeza, hidratação e descontaminação de feridas agudas e crónicas, para ajudar na preparação eficiente leito da ferida.

## Desbridamento

O desbridamento consiste na *“remoção do tecido necrótico, exsudado e resíduos metabólicos da ferida para melhorar ou facilitar o processo de cicatrização”* (Ayello, 2004)

## Desbridamento

- Químico;
- Biológico;
- Autolítico;
- Mecânico;
- Cirúrgico;
- Enzimático.

## Desbridamento químico

- **DESVANTAGENS :**  
Provoca destruição do tecido viável  
Não é seletivo  
Em contacto com fluidos orgânicos fica inativo  
Citotóxico
  - **APRESENTAÇÃO :** Solução em frascos de 500ml
- NOME COMERCIAL :** Solutio de Dakin 1%

## Desbridamento enzimático

Compostos de fibrinolisin e desoxiribonuclease

- ❖ Papaína
- ❖ Tripsina
- ❖ COLAGENASE

## Colagenase (ulcerase)

- MECANISMO DE AÇÃO :

A colagenase atua destruindo as fibras de colagénio que mantêm o tecido necrótico aderente ao leito e às paredes da ferida. Os peptídeos resultantes da degradação do colagénio têm um efeito quimiostático sobre os macrófagos e fibroblastos, atraindo-os para a base da ferida estimulando assim, o processo de granulação. A colagenase estimula, ainda, a migração dos queratinócitos que são responsáveis pelo crescimento do tecido epitelial, favorecendo desta forma o tecido de epitelização.

## Colagenase

- APLICAÇÃO :

Lavar a ferida com Solução salina a 0,9%. Colocar o produto diretamente em cima da ferida até formar uma camada de 1-2mm de espessura. Quando o tecido necrótico for muito seco deverá fazer-se pequenas incisões para favorecer a penetração do produto. Cobrir com um penso humedecido com solução salina a 0,9% e segurar com um penso secundário. Deve proteger-se a pele circundante com um protetor cutâneo.

## Colagenase

- VANTAGENS :  
É um desbridante eficaz, quando tolerado
- DESVANTAGENS :  
Necessidade de penso diário  
Não pode ser aplicado em feridas infectadas  
No início do tratamento pode provocar ardor e dor localmente, sendo, por vezes, necessário suspendê-lo.  
Podem desencadear reações de sensibilidade.  
Não pode ser associado a outros produtos enzimáticos, a pensos sintéticos, a antissépticos, a sais de prata e a sabões.

Preço 5,11

## Desbridamento Autolítico

- Produz-se através da conjugação de três fatores:
  - ➔ Hidratação da ferida
  - ➔ Fibrinólise
  - ➔ Ação enzimática a nível dos lipossomas e dos produtos derivados da flora bacteriana presente no leito da ferida

# Desbridamento Autolítico

HIDROGELES

MALTODEXTRINA

POLIACRILATO COM SOLUÇÃO DE RINGER

## Aquacel

- **Descrição**  
Penso estéril suave não-tecido, em forma de compressas e tiras. É um penso adaptável e muito absorvente, absorvendo o exsudado da ferida e transformando-o num gel suave, que mantém um meio húmido para facilitar o processo de cicatrização e remoção de tecidos não-viáveis do leito da ferida, sem lesar o tecido neo-formado.

### Indicações

Ulceras de perna. Ulceras de pressão (grau II e IV) e Ulceras do pé diabético.

Feridas cirúrgicas ( ex. feridas pós-operatórias que cicatrizam por segunda intenção e zonas dadoras)

Quando combinados com a colagenase a ação desbridante é potenciada. Queimaduras 2º grau. Feridas traumáticas (ex. abrasões e lacerações). Absorção do exsudado em feridas oncológicas (ex. tumores cutâneos fúngicos, metástases cutâneas e sarcoma de kaposi). As apresentações em placa, promovem o arrefecimento, pelo que têm um efeito antiálgico mais acentuado.

Mantém um ambiente húmido em estruturas expostas como tendões, cápsulas articulares e ossos.

Pode ser utilizado em infeções;

Pode facilitar o controle de hemorragias menores.

Se a remoção do penso for difícil deverá ser saturado totalmente com soro fisiológico ou água e retirado suavemente. Favorecem o desbridamento autolítico; Re-hidratam as feridas secas;

**Não deve ser utilizado como esponja cirúrgica**

**Não está indicado para uso em cavidades internas corporais ou no interior de feridas fechadas**

## Aquacel

- **Desvantagens**  
Necessitam de penso secundário, exceto se for em placa.  
Não deve ser aplicado em feridas muito exsudativas porque aumentam a quantidade de humidade e provocam maceração do leito da ferida e da pele circundante
- **APRESENTAÇÃO :**  
em forma de placa, de malha impregnada e em gel amorfo
- **Modo de utilização**  
Limpar a ferida com soro fisiológico  
Colocar aquacel de maneira a ultrapassar pelo menos 1cm o contorno da ferida  
Quando usar tiras em feridas cavitadas deixar no mínimo 2,5cm de penso fora da ferida a fim de retirar facilmente. Deve-se preencher só 80% da ferida, uma vez que depois de em contacto com o exsudado expandirá.  
Em feridas secas aplicar sobre a ferida e humedecer com sf ou água e utilizar varihesive extra fino para evitar que seque e adira a ferida.
- **Frequência da mudança de penso**  
Diariamente em feridas infectadas.  
1 a 4 dias, dependendo da quantidade de exsudado, podendo permanecer até 7 dias. Em queimaduras que pode ficar até 14 dias.

Preço 2,45

## Aquacel Ag

- **Descrição:**  
Penso absorvente antimicrobiano impregnado com prata. A prata contida no penso elimina uma ampla variedade de bactérias da ferida e cria um ambiente antimicrobiano. Este penso absorve grandes quantidades de exsudado e bactérias da ferida, mantém um ambiente húmido e auxilia na remoção de tecido inviável da ferida.
- **Indicações:**  
Feridas onde haja infeção ou risco aumentado de infeção;  
Queimaduras de 2º grau;  
Úlceras de pé diabético, Úlceras de perna;  
Úlceras de decúbito;  
Feridas cirúrgicas e traumáticas;  
Feridas que sejam propensas a sangrar, como aquelas que foram desbridadas mecânica ou cirurgicamente  
Feridas oncológicas com exsudado como tumores fungóides –cutâneos, carcinoma exofítico, metástases cutâneas, sarcoma de Kaposi
- **Contra-indicações**  
Não deve ser utilizado em indivíduos que sejam sensíveis, ou que tenham apresentado qualquer reação alérgica à prata ou à carboximetilcelulose sódica.

## Aquacel Ag

- **Precauções**  
Durante o processo de cicatrização o tecido inviável é removido da ferida, pelo que no início pode parecer que a ferida pareça maior.  
Se houver dificuldade em remover o penso deve-se embeber em soro ou água.  
Como o aquacel Ag confere um ambiente húmido que sustenta o crescimento de novos vasos sanguíneos, pode haver uma exsudado ser-hemático.  
Para além da utilização deste produto, deve-se ter em atenção a causa de base (controlo de glicemia, medidas de alívio da pressão, uso de compressão).
- **Utilização:**  
Depois da ferida limpa, aplicar um penso de forma a ultrapassar os bordos das feridas pelo menos 1 cm. O penso pode ser recortado num formato que melhor se adequa aos contornos da ferida. Em feridas cavitadas deve-se preencher apenas 80% da cavidade, sem pressionar, deixando uma ponta de fora com cerca de 2,5cm para facilitar a sua remoção.  
O penso secundário depende da quantidade de exsudado da ferida.
- **Frequência da mudança de penso**  
As hidrofibras com prata ionizada deverão, se possível, permanecer na ferida, pelo menos, 3 dias. Remover quando houver extravasamento, dor aumentada, dessangramento excessivo) ou no máximo até 7 dias.

Preço 4,07

## Nugel

- **Descrição**  
Gel transparente e estéril, podendo conter propilenoglicol, pectina e carboximetilcelulose sódica, alginato de cálcio ou polissacarídeos.
- **Indicações**  
Feridas com tecido necrosado duro ou viscoso. Feridas com tecido morto.
- **Contra-indicações**  
Desconhecidas.
- **Mecanismo de ação**  
O elevado teor de água permite hidratar a placa de tecido necrosado, promovendo os processos autolíticos de desbridamento. Mantém um ambiente húmido ótimo para promover a angiogénese e a formação do tecido de granulação. O hidrocolóide ou alginato de cálcio presente tem como função absorver o excesso de exsudado.
- **Formas de apresentação**  
Gel.

## Nugel

- Modo de aplicação

Lavar a ferida com soro fisiológico e secar a pele circundante. Aplicar o gel diretamente na ferida, a uma altura mínima de 5mm; a embalagem deve ser segura de forma a não tocar na superfície da ferida. Se necessário utilizar utensílio esterilizado (espátula por exemplo). O gel utilizado deve ser rejeitado. Penso suplementar. Compressa absorvente apropriada à quantidade de exsudado. Ligadura ou adesivo.

- Modo de remoção

Remover as compressas exteriores. Irrigar a ferida com soro fisiológico.

Frequência de mudança de penso

- Até 3 dias, dependendo da quantidade de exsudado. Sempre que fugas de gel que cobre a ferida.

- Nomes comerciais

Varihasive®Hidrogel-Convatec; Intrasite®Gel-Smith Nephew; Nugel®-Johnson; Cutinova® Gel-Beiersdorf Medical; Askina®Gel-B Braun; Multidex®-JMV.

Preço 1,32

## Tielle

- Descrição

Penso de gel esponjoso contendo 4 camadas: uma zona central de poliuretano fortemente absorvente, uma compressa em falso tecido para transporte de fluidos, uma camada adesiva não agressiva à pele e um revestimento em polietileno permeável ao vapor de água, mas impermeável à água.

- Indicações

Feridas com pouco a moderado exsudado. Feridas com tecido de granulação/epitelização.

- Contra-indicações

Feridas infetadas. Feridas com tecido necrosado.

- Mecanismo de ação

A zona central do penso aumenta ligeiramente devido a absorção do exsudado da ferida proporcionando um ambiente húmido no interface ferida/penso promovendo deste modo a sua cicatrização. Por outro lado facilita o auto desbridamento, o que inicialmente poderá fazer aumentar o tamanho da lesão. Este penso permite as trocas gasosas, sendo porém impermeável às bactérias (o que constitui uma barreira anti bacteriana) e água (o que permite a higiene diária do doente).

- Formas de apresentação

Apósito.

## Tielle

- **Modo de aplicação**  
Lavar com soro fisiológico e secar a pele circundante. Aplicar o penso hidropolímero diretamente sobre a ferida, assegurando que esta fique totalmente coberta pela zona central do penso, cortar a faixa adesiva antes de retirar o papel protetor e cobrir o resto da ferida com um segundo penso hidropolímero. Se for necessário pode ser cortado no tamanho pretendido. Deixar uma margem mínima de 1cm sobreposta á margem da ferida. Não é necessário penso suplementar.
- **Modo de remoção**  
Levantar suavemente todo o adesivo ao redor e separar o penso da ferida.
- **Frequência de mudança de penso**  
Até 7 dias, dependendo da quantidade de exsudado. Critério de mudança: -aparecimento de uma bolha amarela que ocupa toda a superfície da ferida; -penso enrugado ou descolado.
- **Nomes comerciais**  
Tielle® - Johnson.

Preço 4,23

## Multidex

- **INDICAÇÕES :**  
Está indicado em feridas com necrose e/ou esfacelo difíceis de desbridar e em feridas em fase de granulação, podendo, no entanto, ser utilizado em todas as fases da cicatrização.
- **APLICAÇÃO :**  
Aplicar o produto sobre o leito da ferida deixando uma camada de cerca de 0,3 a 0,6 de espessura. Nas feridas profundas deve-se preencher a loca. Cobrir com um penso secundário não aderente.
- **VANTAGENS :**  
É, de forma geral, bem tolerado. É de fácil aplicação e remoção. Favorece o desbridamento autolítico. Nutre as feridas, topicamente. Pode ser utilizados em feridas infetadas. Pode ser utilizado em utentes diabéticos

## Multidex

- **DESVANTAGENS :**

Necessita de penso secundário. O gel, quando aplicado em feridas muito exsudativas aumenta a quantidade de humidade, provocando maceração do leito da ferida e da pele circundante.

O pó, se secar pode deixar que o penso secundário fique aderente ao leito da ferida, provocando dor e desconforto aquando da sua remoção

- **APRESENTAÇÃO :**

Em pó e em gel

Multidex® pó e Multidex® gel

Preço 10,9

## Impregnado com vaselina ou petrolato

- **Descrição**

Compressa estéril impregnada em petrolato ou vaselina não aderente.

- **Indicações**

Prevenção de destacamento da epiderme no caso de rebentamento accidental de flitenas, ou após drenagem das mesmas. Feridas com tecido de epitelização. Queimaduras de 1º e 2º grau. Abrasões . Extração ungueal. Lacerações

- **Contra-indicações**

Ferida infetada. Ferida com tecido necrosado. Ferida com exsudado.

- **Mecanismo de ação**

Esta compressa mantém um microclima húmido ao nível da ferida de uma forma constante favorecendo a cicatrização. Impede a formação de crosta bem como a aderência da compressa seca à zona afetada.

- **Formas de apresentação**

Compressa estéril.

## Impregnado com vaselina ou petrolato

- **Modo de aplicação**  
Após a lavagem da área lesada com soro fisiológico, retirar o produto da embalagem e remover a película protetora. Se necessário dobrar ou cortar o penso à medida da ferida. Aplicar qualquer um dos lados na zona a proteger. Penso suplementar. Penso almofadado utilizando compressa. Adesivo ou ligadura.
- **Modo de remoção**  
Levantar suavemente e tira-la.
- **Frequência de mudança de penso**  
Critérios de mudança:  
-o tratamento da ferida deverá ser mudado de 2 em 2 dias ou 3 em 3 dias, tendo em conta a situação e o tipo de gaze gorda que estamos a utilizar (ser mais ou menos impregnada).
- **Nomes comerciais**  
Adaptic® - Johnson & Johnson; Jlonet® - Smith+Nephew; Grassolind® - Hartmann  
Preço 0,14

## Inadine

- **Descrição**  
É uma compressa não aderente, impregnada com uma solução de 10 % de iodopovidona. A compressa contém igualmente polietileno-glicol e água purificada como ingredientes inativos.
- **Indicações**  
Feridas infetadas. Queimaduras. Feridas cirúrgicas.
- **Contra-indicações**  
Não deve ser utilizado: -doentes com sensibilidade ao iodo; - antes e após a utilização de iodo radioativo; -doentes com problemas renais;-em mulheres grávidas ou que estejam a amamentar. Sob supervisão médica; em pacientes com doença da tiroide, recém-nascidos ou bebés até aos 6 meses de idade
- **Mecanismo de ação**  
O polietileno-glicol proporciona um ambiente hidrossolúvel, que permite ao iodo atingir os microrganismos no leito da ferida. A solução da iodopovidona passa para a ferida à medida que entra em contacto com o exsudado. Tem função antisséptica.
- **Formas de apresentação**  
Compressa estéril.

## Inadine

- **Modo de aplicação**  
Lavar a ferida com soro fisiológico e secar a pele circundante. Retirar a compressa da embalagem e da película protetora, se necessário dobrar o penso á medida da ferida. Penso suplementar. Penso almofadado utilizando compressas. Adesivo ou ligadura.
- **Modo de remoção**  
Levantar suavemente e retirá-lo.
- **Frequência de mudança de penso**  
Sempre que haja mudança da cor da compressa. Numa fase inicial, em feridas muito infectadas ou que produzam muito exsudado pode ser até 2xdia. Posteriormente até 4 dias.
- **Nomes comerciais**  
Inadine® - Johnson & Johnson Preço 0,94

## Carbosorb

- **Descrição**  
Penso de carvão ativado.
- **Indicações**  
Feridas com odor intenso. Feridas infectadas. Feridas com exsudado moderado a elevado.
- **Contra-indicações**  
Ferida com tecido necrosado.
- **Mecanismo de ação**  
Este penso tem a capacidade de absorver exsudado, proporcionando um ambiente húmido favorável á cicatrização da ferida. O carvão ativado absorve os microorganismos e imobiliza-os no penso. Por outro lado, elimina odores desagradáveis.
- **Formas de apresentação**  
Apósito.

## Carbosorb

- **Modo de aplicação**  
Lavar a ferida com soro fisiológico e secar a pele circundante. Aplicar o penso de carvão ativado diretamente sobre a ferida. O penso não deve ser cortado. Pode-se utilizar o penso de carvão ativado em associação com outros pensos. Penso suplementar. Compressa absorvente. Adesivo ou ligadura.
- **Modo de remoção**  
Remover o penso suplementar. Remover suavemente o penso de carvão ativado da ferida, irrigando-o com soro fisiológico.
- **Frequência de mudança de penso**  
Diariamente em feridas infetadas. No início do tratamento deve ser mudado a cada 3 a 4 dias, dependendo da quantidade de exsudado. À medida que a cicatrização se desenvolve, os intervalos podem ser semanais. A frequência de mudança varia se utilização com outros pensos.
- **Nomes comerciais**  
Nobacarbon® - Mediquimica; Askina® Carbosorb – B.Braun.

Preço 1,80

## Actisorb

- **Descrição**  
Penso de carvão ativado com prata.
- **Indicações**  
Feridas com odor intenso. Feridas infetadas. Feridas com exsudado elevado a moderado.
- **Contra-indicações**  
Doentes sensíveis ao nylon e a prata.
- **Mecanismo de ação**  
Este penso tem a capacidade de absorver exsudado, proporcionando um ambiente húmido favorável à cicatrização das feridas. O carvão ativado permite absorver os micro-organismos e imobilizá-los no penso. Por outro lado elimina odores desagradáveis. A prata tem uma ação bactericida (promovendo a destruição da membrana citoplasmática das bactérias).
- **Formas de apresentação**  
Apósito.

## Actisorb

- **Modo de aplicação**  
Lavar a ferida com soro fisiológico e secar a pele circundante. Aplicar o penso de carvão ativado diretamente na ferida. O penso não deve ser cortado. Podem-se utilizar vários pensos sobrepostos para aumentar a atividade. Pode-se utilizar o penso de carvão ativado em associação com outros pensos. Penso suplementar. Compressa absorvente. Adesivo ou ligadura.
- **Modo de remoção**  
Remover o penso suplementar. Remover suavemente o penso de carvão ativado da ferida, irrigando com soro fisiológico.
- **Frequência de mudança de penso**  
Numa fase inicial diariamente em feridas infetadas. Posteriormente a cada 3 a 4 dias, dependendo da quantidade de exsudado. À medida que a cicatrização se desenvolve, os intervalos podem ser semanais. A frequência de mudança varia se utilizado com outros pensos.
- **Nomes comerciais**  
Actisorb Plus® - Johnson & Johnson.

## Sorbalgan

- **Descrição**  
Pensos constituídos por fibras de alginato de cálcio as quais são extraídas de algas marinhas.
- **Indicações**  
Feridas altamente exsudativas (podendo ou não estar infetadas).
- **Contra-indicações**  
Feridas localizadas em cavidades muito estreitas. Feridas com pouco exsudado e com tecido necrosado.
- **Mecanismo de ação**  
O alginato de cálcio é um polímero de cadeia longa que em contacto com a lesão, absorve o exsudado por capilaridade. Por outro lado, realiza-se uma troca iónica entre os íons cálcio do penso e o sódio procedente do exsudado, formando-se um gel viscoso, suave e uniforme de alginato sódio-cálcio. O gel resultante permite a troca de gases, cria um meio húmido na superfície da ferida o que favorece a sua cicatrização e proporciona um alívio da dor (pois promove um humedecimento das terminações nervosas evitando assim uma propagação de estímulos de grande intensidade).
- **Formas de apresentação**  
Apósito - feridas superficiais. Tiras – feridas profundas.

## Sorbalgan

- **Modo de aplicação**  
Lavar a ferida com soro e secar a pele circundante. Aplicar o penso de alginato de cálcio diretamente sobre a ferida. Assegurando que esta fique totalmente coberta pela zona central do penso e que sobreponha 3 cm de perímetro de pele intacta. Ajuste o penso no local exato, assegurando que os seus cantos não fiquem enrugados. Numa úlcera cavitária, introduza a tira suavemente, preenchendo apenas metade. Penso suplementar. Compressa absorvente. Ligadura ou adesivo. Penso hidrocolóide, hidropolímero ou hidrocélular com ou sem rebordo pode igualmente ser aplicado.
- **Modo de remoção**  
Remover compressas exteriores. Remover suavemente o penso de alginato, irrigando com soro fisiológico estéril.
- **Frequência de mudança de penso**  
Diariamente em ferida infetada. 1 a 4 dias, dependendo da quantidade de exsudado, até um máximo de 7 dias.
- **Nomes comerciais**  
Tegagel® - 3M; Sorbsan® - B.Braun; Kaltostat® Convatec; Cutinova® Alginate – Beieersdorf Medical; Sorbalgan® - Hartmann

## Varihesive Extra-fino

- **Descrição**  
São constituídos por uma matriz hidrocolóide a base de pectina, gelatina e carboximetilcelulose, revestido por uma lâmina de poliuretano. Esta matriz poderá apresentar pequenas diferenças quantitativamente e qualitativamente entre os produtos disponíveis no mercado porém as suas características físicas e mecanismo de ação são semelhantes
- **Indicações**  
Prevenção de úlceras de pressão. Eritema que não reverte após massagem da zona circundante. Ferida com tecido de epiteliação.
- **Contra-indicações**  
Feridas infetadas, com tecido necrosado com exsudado.
- **Mecanismo de ação**  
Na prevenção das úlceras de pressão, é um complemento eficaz dos cuidados de enfermagem, protegendo os pontos de fricção e maceração. Mantém um microclima húmido ao nível da ferida de forma constante favorecendo a cicatrização e impedindo a formação de crosta.

## Varihesive Extra-fino

- Formas de apresentação  
Apósito. Modo de aplicação. Massajar a pele sã.  
Lavar a ferida com soro fisiológico e secar a pele circundante. Aplicar a película diretamente sobre a lesão, comprimindo ligeiramente para não haver formação de bolhas. Não é necessário penso suplementar.
- Modo de remoção  
Levantar suavemente um dos cantos do penso e puxar em direção ao centro da ferida.
- Frequência de mudança de penso  
Até 7 dias. Critério de mudança: -penso enrugado e descolado
- Nomes comerciais  
Varihesive® Extra fino – Convatec; Askina Biofilm® Transparent – B.Braun (semi oclusivo); Cutinova Thin® - Beiersdorf Medical.

Preço 0,614

## Mepilex border

- Descrição  
É constituído por uma estrutura tri-lâminada possuindo:-um centro hidrocélular de poliuretano que absorve o exsudado e o mantém na sua estrutura microscópica;-uma superfície exterior, que é uma película fina de poliuretano a qual é permeável ao vapor de água e oxigénio (permitindo as trocas gasosas) e impermeável a bactérias;-uma superfície adesiva de contacto com a lesão que minimiza o risco de derrame.
- Indicações  
Ferida com tecido de granulação/epitelização.
- Contra-indicações  
A utilização deste penso proporciona um ambiente húmido no interface ferida/penso promovendo deste modo a sua cicatrização. A camada exterior de poliuretano do penso adesivo é impermeável tanto à água como às bactérias. Além disso, impede a passagem de exsudado através do penso, minimizando a passagem de exsudado através do penso, minimizando as hipóteses de contaminação e infeção da ferida.
- Mecanismo de ação  
A zona central do penso aumenta ligeiramente devido à absorção do exsudado da ferida proporcionando um ambiente húmido no interface ferida/penso promovendo deste modo a cicatrização. Por outro lado facilita o auto desbridamento, o que inicialmente pode provocar o aumento da lesão. Este permite as trocas gasosas, sendo porém impermeável às bactérias (o que constitui uma barreira anti bacteriana) e à água (o que permite a higiene diária do doente).

## Mepilex border

- Formas de apresentação  
Apósito com rebordo adesivo.
- Modo de aplicação  
Lavar a ferida com soro fisiológico e secar a pele circundante. Aplicar o penso hidrófilo de poliuretano diretamente sobre a ferida, assegurando que esta fique totalmente coberta pela zona central do penso e que sobreponha 3 cm de pele intacta. Ajuste o penso no local exato, assegurando que os seus cantos não fiquem enrugados. Não é necessário penso suplementar.
- Modo de remoção  
Levantar suavemente todo o adesivo ao redor e separar o penso da ferida.
- Frequência de mudança de penso  
Até 7 dias, dependendo da quantidade de exsudado; até que o exsudado visível através da película impermeável se encontre a 2 cm dos cantos do penso. Alteração da cor do penso.
- Nomes comerciais  
Allevyn Adhesive® - Smith- Nephew.

Preço 1,65

## Mepilex AG

- Descrição:  
Espuma de poliuretano com um composto de prata e carbono ativado.
- Indicações:  
Feridas com exsudado reduzido a moderado. É um penso antimicrobiano em espuma de silicone suave.
- Contra-indicações:  
Existem poucos dados sobre a utilização prolongada e repetida de pensos com teor de prata, particularmente, em crianças e recém-nascidas.

**Não utilizar durante tratamentos ou exames com radiação, por exemplo, raio x, ecografia, diatermia ou RMN.**

## Mepilex AG

- **Mecanismo de ação:**  
Absorve o exsudado e mantém a humidade local da ferida. Uma vez que mantém a humidade local da ferida, poderá ocorrer um aumento inicial do tamanho da ferida. É um penso antimicrobiano em espuma.
- **Modo de aplicação:**  
lavar a ferida com sf ou água. Secar a pele circundante. Sobrepor a pele seca circundante em 1 a 2cm. Se necessário pode ser recortado. A sua utilização destina-se a uma utilização de curto prazo até 4 semanas. Para uma utilização de longo prazo, é recomendada a reavaliação por um médico.
- **Frequência da mudança:**  
Pode permanecer no leito no local vários dias dependendo do estado da ferida e da pele circundante.

Preço 6,12

### Modelo de Tratamento de Feridas

	Nerose	Infeção local / colonização crítica	Granulação	Epitelização
Leito da ferida				
Objetivo do tratamento	REMOVER tecido necrosado (Em caso de dúvida, como por exemplo necrose do dedo do pé, encaminhar para especialista)	LIMPAR e reduzir carga bacteriana	SUPORTAR a granulação e crescimento dos tecidos	PROTEGER os tecidos recém-formados
SUGESTÃO DE TRATAMENTO				
EXSUDADO				
				

**Modelo de Tratamento de Feridas**

	Necrose	Infeção local / colonização crítica	Granulação	Epitelização
<b>Leito da ferida</b>				
<b>Objetivo do tratamento</b>	REMOVER tecido necrosado (Em caso de diálise, como por exemplo necrose do dedo do pé, encaminhá-lo para especialista)	LIMPAR e reduzir carga bacteriana	SUPORTAR a granulação e crescimento dos tecidos	PROTEGER os tecidos recém-formados
<b>SUGESTÃO DE TRATAMENTO</b>				
<b>EXSUDADO</b> 	Hidrofilos Multidex Nugel	Apóito com prote Hidrofilos Carvão Espuma Alginato	Hidrofilas Alginato Espuma de poliuretano	Espuma de poliuretano
	Hidrogel + colagenase	Tule impregnado com Iodo	Hidrocolóides Tule impregnado com gordura e/ou Carboximetil celulose	Varihesive Extra-fino

## Referencias bibliográficas

AIRES, Ernestina; FERNANDES, Alexandra; RODRIGUES, Paula – *Protocolo de Penso à Ferida Cirúrgica Encerrada Primariamente*. Porto: Revista da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 2010.

BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth- *O essencial sobre o tratamento de feridas*. Camarate: Lusodidata, 2004

CIPE Versão 1 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão 1, 1ª ed. IGIF/APE, 2006

DANTAS, Sónia; JORGE, Sílvia – *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas* – São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

FARIA, Luís Miguel- *Limpeza de feridas, reflexão para a mudança*- Sinais Vitais, Nº 86, Setembro 2009.

JUSTINIANO, Aníbal- *Feridas crónicas- fisiopatologia e tratamento*- Cadernos de Saúde, Vol.3, Número especial Infecção Associada à Prática de Cuidados de Saúde, 2010.

National Best Practice and evidence based guidelines for Wound Management October 2009 Freidhmeannacht na Seirbhíse Sláinte Health Service Executive

PEDRO, Ana Luísa; PINA, Elaine; MIGUÉNS, Cristina – *Princípios de Limpeza de Feridas* – Revista Nursing, Setembro 2007.

SANTOS, Ana Sofia T. A. C.; CUNHA Bruno F.- *Desbridamento de feridas uma abordagem baseada na evidência*- Sinais Vitais, Nº 94 Janeiro 2011.



Centro de Saúde de Campanhã  
Formação em serviço

## AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

**RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

Data: 23/05/2012.

A sua opinião sobre a ação de formação que acabou de frequentar reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia de futuras ações. Agradeço o seu contributo no preenchimento deste questionário.

<b>Conteúdo programáticos</b>	<b>1</b> pouco satisfatório	<b>2</b> satisfatório	<b>3</b> bom	<b>4</b> muito bom
O tema tratado correspondeu as suas expectativas				
O conteúdo da ação correspondeu aos objetivos previstos				
Os objetivos da ação foram adequadamente definidos				
A ação proporcionou conhecimentos novos e úteis				

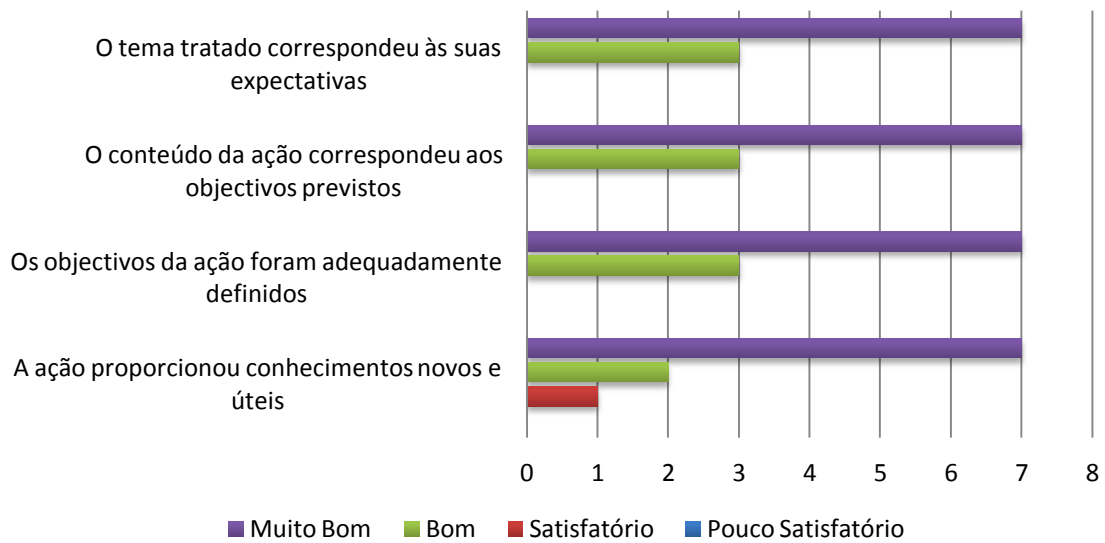
<b>Avaliação dos formadores</b>	<b>1</b> pouco satisfatório	<b>2</b> satisfatório	<b>3</b> bom	<b>4</b> muito bom
Clareza da exposição				
Competências técnicas dos formadores				
Relacionamento com o grupo				
Despertaram o interesse nos formandos				
Motivaram a participação do grupo				
Utilização adequada de audiovisuais de apoio à formação				

**Comentários:**

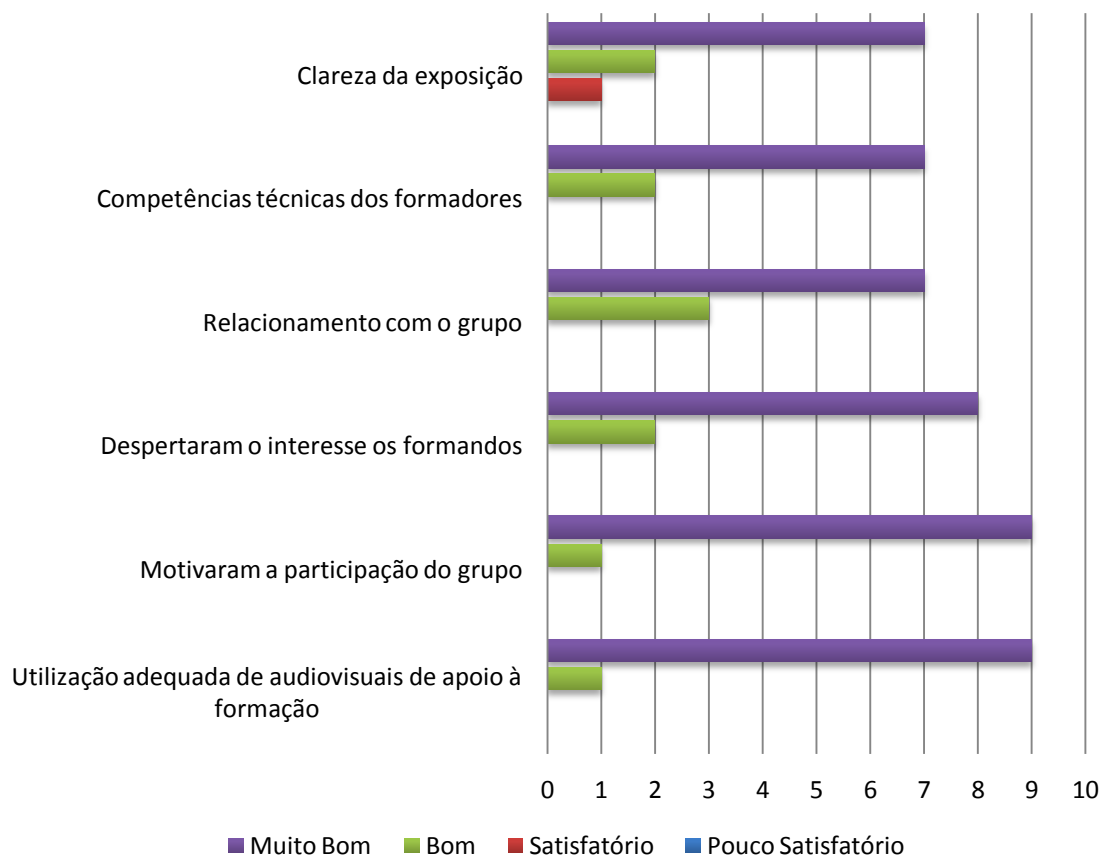
<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>1</b> pouco satisfatório	<b>2</b> satisfatório	<b>3</b> bom	<b>4</b> muito bom
O tema tratado correspondeu às suas expectativas			3	7
O conteúdo da ação correspondeu aos objectivos previstos			3	7
Os objectivos da ação foram adequadamente definidos			3	7
A ação proporcionou conhecimentos novos e úteis		1	2	7

<b>Avaliação dos formadores</b>	<b>1</b> pouco satisfatório	<b>2</b> satisfatório	<b>3</b> bom	<b>4</b> muito bom
Clareza da exposição		1	2	7
Competências técnicas dos formadores		1	2	7
Relacionamento com o grupo			3	7
Despertaram o interesse os formandos			2	8
Motivaram a participação do grupo			1	9
Utilização adequada de audiovisuais de apoio à formação			1	9

## Conteúdos Programáticos



## Avaliação dos Formadores





## Anexo VIII

### Formação “Prevenção de Úlceras de Pressão”

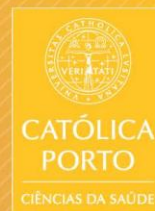




# Prevenção de Úlceras de Pressão

Susana Ramos

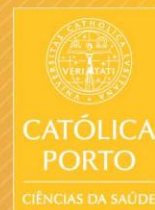
Novembro 2012



## **Sumário:**

- Definição de Úlcera de Pressão
- Prevalência
- Classificação de Úlceras de Pressão
- Fatores de Risco
- Lesões por Humidade
- Lesões do tecido profundo
- Medidas Preventivas
- Custos associados a Úlceras de Pressão
- Superfícies de Apoio

Católica Porto – Ciências da Saúde

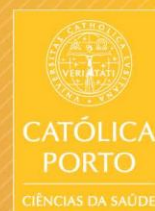


## • Úlceras de Pressão

- Lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da **pressão** ou de uma combinação entre esta e forças de **torção**. NPUAP/EPUAP Guidelines, 2009
- Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da **compressão tecidual e perfusão inadequada**. (ICN, 2006)

3

Católica Porto – Ciências da Saúde



## • Prevalência

- 17,4% em Medicinas;
- 7,1% em Cirurgias;
- 16,6% em Unidades de Cuidados Intensivos;
- 15,3% nas Urgências;
- 8,0% em Especialidades Médicas;
- 8,6% em Especialidades Cirúrgicas;

## • Incidência global é de 10,9%.

4

Católica Porto – Ciências da Saúde



## • **Úlceras de Pressão**

- Úlceras de Pressão (UP) são consideradas um indicador de qualidade de cuidados de saúde;
- É um fenómeno altamente sensível aos cuidados de enfermagem;
- Representa sofrimento para os doentes e família;
- Aumenta os custos associados

5

Católica Porto – Ciências da Saúde



## • **Lesões Tecidulares**

### ➤ Mecanismos:

- Isquemia
  - Pressão;
  - Torção/ Forças de deslizamento/cisalhamento.
- Deformação Muscular
  - Pressão;
  - Torção/ Forças de deslizamento/ Cisalhamento

6

Católica Porto – Ciências da Saúde

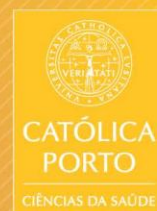


## • **Efeitos da Pressão**

- Maior diminuição da perfusão sanguínea nas artérias profundas que nos capilares da pele;
- A capacidade da pressão causar lesão está relacionada quer com a sua duração quer com a sua intensidade;
- O stress presente na formação das UP é mais intenso junto às proeminências ósseas.

7

Católica Porto – Ciências da Saúde

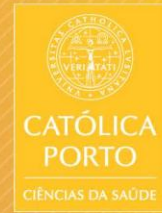


## • **Torção e Fricção**

- Os efeitos da torção devem-se a uma força aplicada tangencialmente e causam deformação;
- Fricção ocorre quando dois objetos se esfregam um no outro;

8

Católica Porto – Ciências da Saúde



## • **Torção e Fricção**

- A fricção leva a que a pele permaneça em contacto com a superfície de apoio enquanto que as forças de torção causam deformação nos tecidos;
- A fricção não é causa direta de UP, mas está envolvida no desenvolvimento de stress relacionados com a torção;

9

Católica Porto – Ciências da Saúde



## • **Classificação:**

- A classificação inversa por graus nunca deve ser utilizada para descrever a cicatrização de uma UP;
- Os sistemas de classificação de UP por graus devem apenas ser utilizados para registar a profundidade máxima anatómica de tecido envolvido na úlcera, após ter sido removido o tecido necrosado;

10

Católica Porto – Ciências da Saúde



## • **Classificação:**

- A cicatrização das UP deve ser documentada com parâmetros objetivos tais como: tamanho, profundidade, quantidade de tecido necrosado, quantidade de exsudado, pele circundante e presença de sinais inflamatórios.



## **Classificação de Úlceras de Pressão:**



## **Categoria I:**

- Eritema não branqueável
  - Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea;
  - Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a cor pode ser diferente da pele á volta;
  - Pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente;

13

Católica Porto – Ciências da Saúde



## **Categoria I:**

- Eritema não branqueável
  - Pode ser indicativo de pessoas em risco;
  - Pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros.



14

Católica Porto – Ciências da Saúde

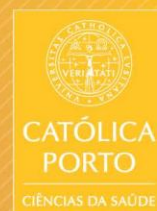


## **Categoria II:**

- Perda parcial de espessura da pele:
  - Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa, sem esfacelo;
  - Podem surgir flitenas fechadas ou abertas, preenchidas por líquido seroso ou sero hemático;
  - Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose;

15

Católica Porto – Ciências da Saúde



## **Categoria II:**

- Perda parcial de espessura da pele:
  - Não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, a maceração ou escoriações;
  - A equimose é indicador de lesão profunda.



16

Católica Porto – Ciências da Saúde



### **Categoria III:**

- Perda total de espessura da pele:
  - Pode ser visível tecido adiposo subcutâneo, mas não se encontram expostos tendões, ossos ou músculo;
  - Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida);
  - Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento;
  - A profundidade varia com a localização anatômica;

17

Católica Porto – Ciências da Saúde



### **Categoria III:**

- Perda total de espessura da pele:
  - A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial;
  - Em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de categoria III extremamente profundas. O osso e tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

18

Católica Porto – Ciências da Saúde

### **Categoria III:**

- Perda total de espessura da pele:



### **Categoria IV:**

- Perda total de espessura dos tecidos:
  - Exposição óssea, dos músculos e dos tendões;
  - Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ou tecido necrótico;
  - Frequentemente são cavitárias e fistulizadas;
  - A profundidade varia com a localização anatómica.

## **Categoria IV:**

- Perda total de espessura dos tecidos:



## **Sinais de alerta:**

- Eritema branqueável;
- Edema;
- Calor;
- Endurecimento;
- Descoloração

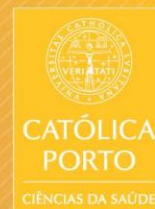


## Fatores de risco

- Microclima:
  - Circulação do ar;
  - Humidade;
  - Temperatura.
- Humidade da pele:
  - Incontinência;
  - Transpiração;
  - Drenagens.

2  
3

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Fatores de risco

- Medicação:
  - Sedativos e hipnóticos;
  - Analgésicos;
  - Anti-inflamatórios;
  - Citostáticos;
  - Cortico-esteróides;
  - Anticoagulantes.

2  
4

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Fatores de risco

- Intrínsecos:
  - Perceção sensorial;
  - Mobilidade diminuída;
  - Idade avançada;
  - Ingestão nutricional;
  - Peso corporal;
  - História prévia de UP;
  - Doenças associadas;
  - Tabaco.

25

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Fatores de risco

- Indicadores nutricionais;
- Fatores que afetam a perfusão e a oxigenação;
- Humidade da pele;
- Idade avançada.

2  
6

Católica Porto – Ciências da Saúde

## • Lesões por Humidade



	Úlceras de Pressão	Lesões por Humidade
<b>Causa</b>	Pressão, torção e/ou forças de deslizamento sempre presentes, normalmente sobre proeminências ósseas.	Humidade sempre presente (pele brilhante, pele humedecida por fezes, urina e exsudado ...).
<b>Localização</b>	Normalmente localizada em proeminências ósseas.	Rubor perianal e irritação cutânea. Pode ou não correr sobre proeminência óssea (Humidade presente).
<b>Forma</b>	Forma bem definida (Circular)	Forma irregular e difusa (Kisses Ulcer)
<b>Bordos</b>	Bordos bem distintos do leito.	Bordos difusos e irregulares
<b>Profundidade</b>	Profundas	Superficiais
<b>Coloração</b>	A cor varia de acordo com o tecido	Esbranquiçada
<b>Necrose</b>	Presente	Ausente



## Lesões do tecido profundo

- Lesão nos tecidos mais profundos subjacente á pele intacta;
- Deteção precoce é muito difícil;
- A causa da formação da úlcera não é exata, poderá estar relacionada com um período de isquemia seguido de reperfusão;

29

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Lesões do tecido profundo

- Pode anunciar o desenvolvimento de UP categoria III –IV.



30

Católica Porto – Ciências da Saúde

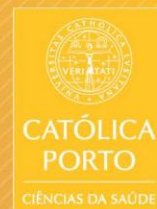


## **Avaliação de risco**

- É um processo de análise que determina danos previsíveis e permite a adoção de medidas preventivas adequadas;
- O uso isolado de escalas de avaliação não é suportado pela evidência atual. Deve ser utilizada em conjunto com o juízo clínico.

31

Católica Porto – Ciências da Saúde

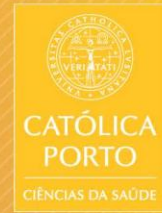


## **Avaliação de risco**

- Três métodos:
  - Juízo clínico
  - Escalas de avaliação
  - Eritema não branqueável: avaliação da pele

32

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Avaliação de risco

- Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras em todos os contextos independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após admissão ao doente;
- Os instrumentos validados em Portugal, para avaliação do risco no adulto são a escala de Braden e o instrumento da avaliação da pele;
- Registrar no processo clínico;

33

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Avaliação de risco

- Avaliação do risco deve incluir o juízo clínico;
- Período recomendado de reavaliação do risco de úlceras de pressão em serviços de Urgência de 24/24h ;
- Os doentes em quem foi aplicada a escala de Braden devem ser estratificados nas categorias de baixo  $\geq 17$  e alto risco  $\leq 16$  de desenvolvimento de úlcera de pressão. (DGS,2011)

34

Católica Porto – Ciências da Saúde

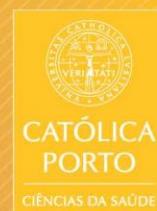


## **Avaliação de risco**

- Utilização Escalas como método rastreio do risco de desenvolvimento de UP;
- Não esquecer natureza complexa de desenvolvimento de UP e numerosos fatores potencialmente associados;
- Escalas são úteis para oferecer esquema trabalho para a avaliação, realçando fatores de risco chave;
- Aliadas com os cuidados da pele, programas educação e protocolos de cuidados, podem reduzir incidência de UP.

35

Católica Porto – Ciências da Saúde



## **Medidas preventivas da pele**

- Inspeccionar a pele do doente durante a sua admissão;
- Vigiar a pele quanto a zonas de rubor, em doentes identificados como estando em risco de desenvolver UP;
- Avaliar a capacidade de reperfusão da pele, através da aplicação da técnica de identificação de respostas ao branqueamento;
- Vigiar o calor local;

36

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Medidas preventivas da pele

- Vigiar a presença de edema e tumefação (rigidez), especialmente nos indivíduos com pele pigmentada;
- Incentivar o doente a participar na identificação de áreas de desconforto ou dor, que possam ser atribuídos a danos causados por pressão;
- Documentar todas as avaliações da pele, incluindo detalhes de qualquer dor possivelmente relacionados com danos por pressão;

37

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Medidas preventivas da pele

- Não posicionar o doente sobre uma superfície corporal que ainda se encontre ruborizada devido a um episódio anterior de pressão local;
- Não usar a massagem na prevenção de úlceras de pressão;
- Não esfregar vigorosamente a pele que se encontre em risco de UP;
- Usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele;

38

Católica Porto – Ciências da Saúde

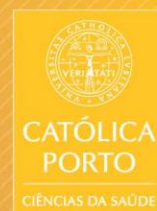


## Medidas preventivas da pele

- Manter a pele limpa e seca;
- Nunca tapar as zonas de pressão com compressas ou algodão;
- Usar produtos para proteger a pele de forças externas, de modo a evitar o aparecimento de úlceras de pressão (hidrocolóides, protetores cutâneos, poliuretanos e ácidos gordos hiperoxigenados).

39

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Medidas preventivas:

- Ingestão nutricional
  - Realizar uma avaliação do estado nutricional a todos os doentes em risco de desenvolver UP;
  - Referenciar todos os doentes em risco nutricional e de desenvolvimento de UP para o nutricionista;

40

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Medidas preventivas:

- Ingestão nutricional
  - Oferecer suplementos nutricionais orais, ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a doentes em risco nutricional e de desenvolver UP;
  - Administrar suplementos alimentares, nos intervalos das refeições regulares, para evitar a diminuição do aporte de alimentos e líquidos durante as horas de refeição.

41

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Medidas preventivas:

- Reposicionamentos
  - Deve considerar-se as mudanças de decúbitos (posicionamentos) em todos os doentes que se encontrem em risco de desenvolver UP;
  - Usar a alternância de decúbitos como estratégia preventiva, devendo ter em consideração a condição do doente;

42

Católica Porto – Ciências da Saúde

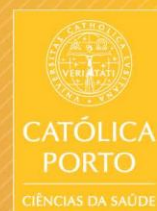


## Medidas preventivas:

- Reposicionamentos
  - Avaliar a pele e o conforto do doente;
  - Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção;
  - Evitar posicionar o doente em contacto direto com dispositivos médicos;
  - Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável;

43

Católica Porto – Ciências da Saúde

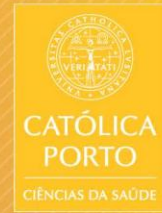


## Medidas preventivas:

- Reposicionamentos
  - Os posicionamentos que sujeitam a superfície corporal a menor pressão, é fowler a 30º com membros inferiores semi-fletidos a 30º e semi-lateral a 30º; e decúbito ventral;
  - Evitar posições que aumentem a pressão tais como fowler superior 30º ou em decúbito lateral;

44

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Medidas preventivas:

- Reposicionamentos
  - Posicionar de tal forma que o doente possa manter as suas atividades por completo;
  - Escolher uma posição que seja tolerada pelo doente e minimize a pressão e a torção exercidas pela pele e tecidos moles;
  - Restringir o tempo que o doente passa sentado na cadeira sem alívio da pressão;

45

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Medidas preventivas:

- Reposicionamentos
  - Registrar os regimes de reposicionamentos, especificando a frequência, a posição adotada e a avaliação dos resultados do regime dos posicionamentos;
  - Usar dispositivos de redução ou alívio de pressão para aumentar a tolerância dos tecidos à pressão;

46

Católica Porto – Ciências da Saúde

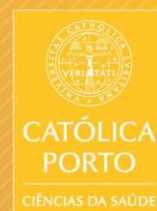


## Medidas preventivas:

- Calcâneos
  - Assegurar que os calcâneos estão livres da superfície da cama;
  - Usar uma almofada sob os gêmeos para elevar o calcânhar (calcâneos flutuantes);
  - Edema dos pés e diabetes mellitus aumentam o risco de UP (de acordo com as observações clínicas);

47

Católica Porto – Ciências da Saúde



## Medidas preventivas:

- Calcâneos
  - O pé inclinado coloca um doente acamado com maior risco de UP em relação a um pé ereto;
  - Dispositivos de proteção dos calcâneos devem elevar o calcanhares completamente, de tal forma a distribuir o peso do pé ao longo da perna, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deverá estar em ligeira flexão.

48

Católica Porto – Ciências da Saúde

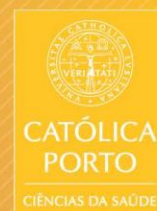


## Custos associados a Úlceras de Pressão

- Estima-se que o tratamento de uma úlcera de pressão pode aumentar o tempo de enfermagem até 50%, e que o custo do tratamento por úlcera pode variar de EUA \$ 10.000 a \$ 86.000, com custos médios de \$ 27.000 (Heather & Bradley, 2005)
- Os custos estão estimados entre R \$ 1,8 bilhão - R \$ 2,6 bilhões (Franks & Posnett 2008) aproximadamente, 2% das despesas de saúde no UK

49

Católica Porto – Ciências da Saúde

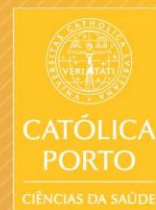


## Superfícies de Apoio

- Defloor et al. (2005). constatou que a cada 4 horas posicionando sobre um colchão visco-elástico, resultou numa redução significativa na incidência de UP, em comparação a outras superfícies (colchões de água, colchões de pressão alterna, pele de carneiro ou almofadas de gel sem reposicionamento)
- Evitar o uso de pele de carneiro sintética, dispositivos recortados em forma de anel ou donut e luvas cheias de água
- O uso de almofadas, ajuda a posicionar de forma correta, diminuindo o risco de úlceras de pressão

50

Católica Porto – Ciências da Saúde



### Referências bibliográficas:

- ALVES, P.; BACELO, J.; MOTA, F.; OLIVEIRA, J.; RAMOS, P. – *Lesões Cutâneas: Lesões por Humidade* – Porto: Simpósio APTFeridas, 2011.
- ALVES, Paulo; COSTEIRA, Arminda; MOURA, Anabela – *Lesões Cutâneas: Quebras Cutâneas – “SkinTears”* – Porto: Simpósio APTFeridas, 2011.
- ALVES, Paulo; MOTA, Filomena; MOTA, Rui – *A Massagem como Método de Prevenção de Úlceras de Pressão: Sim ou Não* - Revista Nursing, 2010.
- CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 1.0, 2006*
- Defloor (2000). *The effect of position and mattress on interface pressure*. Applied Nursing Research, 13(1), 2-11.
- Defloor et al. (2005). *The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers*. International journal of nursing studies, 42(1), 37-46
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP); National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) – *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide – Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009*.
- Franks & Posnett (2008). *The burden of chronic wounds in the UK*. Nursing Times; 104: 3, 44-45.
- Heather & Bradley (2005). *Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice*. Journal of Advanced Nursing, 2005, Vol.49(6), pp.578-590

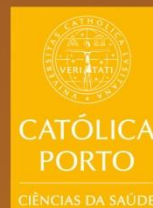
### Sites:

- <http://www.nutricia.pt/novidades/importancia-da-nutricao-para-o-tratamento-das-ulceras-de-pressao>
- [www.puclas.ugent.be/puclas/p](http://www.puclas.ugent.be/puclas/p)
- <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/DTI-White-Paper.pdf>

**Anexo IX**  
Poster “Prevenção de Úlceras de Pressão”



# PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO



Susana Ramos

Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde

## Introdução

As Úlceras de Pressão são consideradas um indicador de qualidade de cuidados de saúde. É um fenómeno altamente sensível aos cuidados de enfermagem, representa sofrimento para os doentes e família e aumenta os custos associados.

Considera-se que é uma "lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção". NPUAP/EPUAP Guidelines, 2009.

As medidas de prevenção adquirem particular importância num problema tão grave. A DGS, 2011 recomenda a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras nas primeiras seis horas após admissão ao doente, para poder intervir de forma adequada. Os instrumentos validados em Portugal, para avaliação do risco no adulto são a escala de Braden e o instrumento da avaliação da pele.

A prevenção de Úlceras de Pressão é determinante, por isso conhecer e aplicar as novas evidências científicas é deveras necessário.

## Objetivos

Informar sobre novas evidências sobre prevenção de Úlceras de Pressão;

Refletir sobre as práticas;

Alertar para a problemática.

## Métodos

A avaliação do risco, permite determinar os danos previsíveis e adoção de medidas preventivas adequadas. O uso isolado de escalas de avaliação não é suportado pela evidência atual, devendo ser utilizado em conjunto com o juízo clínico. Não esquecer natureza complexa do seu desenvolvimento e numerosos fatores potencialmente associados. As Úlceras de pressão dividem-se em categorias de acordo com a profundidade, localização e tipo de tecidos afetados.

As escalas são úteis para fornecer um esquema de trabalho para a avaliação, realçando fatores de risco. O período recomendado de reavaliação do risco de úlceras de pressão em serviços de Urgência é de 24/24h. Os doentes em quem foi aplicada a escala de Braden devem ser estratificados nas categorias de baixo  $\geq 17$  e alto risco  $\leq 16$  de desenvolvimento de úlcera de pressão. (DGS, 2011)

Inspeccionar a pele do doente durante a sua admissão;

Obter uma avaliação abrangente da pele que inclua as técnicas de identificação de respostas ao branqueamento (de reperfusão), calor local, edema e tumefação (rigidez);

Vigiar a pele regularmente quanto a zonas de rubor, em clientes que identificados como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão;

Vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devido a dispositivos médicos;

Documentar todas as avaliações da pele, incluindo detalhes de qualquer dor que possam estar relacionados com danos por pressão;

Sempre que possível não posicionar o doente numa superfície corporal, que ainda se encontre ruborizada devido a um episódio anterior de pressão no local.

Não utilizar massagem na prevenção de úlceras de pressão.

Não esfregar vigorosamente a pele que se encontre em risco de úlcera de pressão.

Usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele.

Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão.

Pele

Deve considerar-se a mudança de decúbitos em todos os doentes que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão.

A frequência dos posicionamentos será influenciada por variáveis relacionadas com o doente e pelas superfícies de apoio em uso;

Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento).

Use ajudas de transferência para evitar a fricção e torção. Levante - não arraste - o doente enquanto o reposiciona.

Evite posicionar o doente em contacto direto com dispositivos médicos.

O reposicionamento deve ser feito na posição de semi-Fowler (30º graus) ou na posição de pronação (bruços), e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o doente puder tolerar estas posições e a sua condição clínica o permitir.

Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30º ou a posição de deitado de lado a 90º

Se a posição de sentado na cama for necessária, evitar elevar a cabeceira da cama e uma posição incorreta que centre a pressão ao nível do sacro e cóccix.

Registar os regimes de reposicionamentos, especificamente a frequência, a posição adotada e a avaliação dos resultados do regime dos reposicionamentos.

Fornecer formação no âmbito dos reposicionamentos como forma de prevenção das úlceras de pressão, a todos os envolvidos nos cuidados do doente em risco, incluindo ao próprio doente e prestador de cuidados (se possível).

Posicionamentos

Medidas Preventivas  
(Guidelines)

## Ingestão Nutricional

Realizar uma avaliação do estado nutricional a todos os doentes em risco de desenvolver úlceras de pressão;

Referenciar todos os doentes em risco nutricional e de desenvolvimento de úlceras de pressão para o nutricionista;

Administrar suplementos alimentares quer por via oral quer através de sonda de alimentação (SNG), nos intervalos das refeições regulares, para evitar a diminuição do aporte de alimentos e líquidos durante as horas da refeição.

## Calcâneos

Assegurar que os calcâneos estão livres da superfície da cama;

O edema dos pés e a diabetes mellitus aumentam o risco de úlcera de pressão;

O pé inclinado coloca um doente acamado com maior risco em relação a um pé ereto;

Dispositivos de proteção dos calcâneos devem elevá-los completamente, de tal forma que distribua o peso do pé ao longo da perna, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles.

O joelho deverá estar em ligeira flexão.

## Conclusão

As úlceras de pressão são um problema de saúde grave, em que as instituições devem tomar medidas no sentido de as prevenir. A utilização da melhor evidência científica, pode-se traduzir em medidas preventivas, permitindo adotar estratégias de forma a minorar esta problemática. Existe um conjunto de fatores que contribuem para a sua formação e que é importante que se conheçam, para poder intervir sobre eles. A utilização de escalas ajudam a determinar situações de risco, mas a avaliação deve sempre ser acompanhada pelo juízo clínico do enfermeiro, de forma a analisar globalmente a situação do doente. Em contexto de urgência, tal como em todos os contextos assistenciais é essencial a prevenção, reduzindo os custos e o sofrimento das pessoas.

### Referências Bibliográficas

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Avaliação do risco para a úlcera de pressão - Escala de Risco de Braden. Circular Informativa, n.º35,2008.  
EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP) - Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide - Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.  
<http://www.puclias.igent.be/puclias/p>  
<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/DTI-White-Paper.pdf>



## Anexo X

### Formação “Trações Cutâneas e Esqueléticas”





**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Trações Cutâneas e Esqueléticas**

**Cuidados de Enfermagem**

**Porto, Fevereiro de 2013**





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**  
**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Trações Cutâneas e Esqueléticas**

**Cuidados de Enfermagem**

**Aluno: Susana Ramos**

**Sob orientação de:** Professora Irene Oliveira

**Porto, Fevereiro de 2013**



Índice

1-Introdução	237
2-Trações Ortopédicas	239
2.1-Tração Cutânea	239
2.2- Tração esquelética	240
3-Cuidados de Enfermagem	243
4-Conclusão	245
5-Referências Bibliográficas	247



## **1- Introdução**

O Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica admite um Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos, realizada por opção no SMI do Hospital Pedro Hispano de 26 de Outubro a 2 de Fevereiro. A aquisição de competências específicas na área de Especialização Médico-cirúrgica deve ser uma meta a alcançar e por conseguinte promoção da formação em serviço, na área EEMC foi um dos objetivos por mim traçados.

O serviço de SMI recebe doentes de vários serviços e de outros hospitais, neste sentido recebe doentes de Ortopedia, serviço onde exerço a minha atividade profissional. Aproveitando a minha experiencia nesta área pareceu-me pertinente aproveitar o meu conhecimento para realizar uma ação de formação sobre a temática de Trações cutâneas e esqueléticas abordando os cuidados de Enfermagem subjacentes. Ao abordar a sugestão com a Senhora Enfermeira Chefe e Tutores houve disponibilidade e interesse para a respetiva formação ser executada.

Aprofundar o conhecimento teórico na área de Enfermagem contribui para a sua autonomia enquanto profissão e ciência com um conjunto de saberes definido cujo centro são as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. A formação em Enfermagem tendo em conta os saberes experienciais, profissionais e organizacionais assume particular importância para um desenvolvimento de modelo de cuidar próximo do paradigma humanista.

Este trabalho tem como objetivos:

- Refletir sobre as práticas;
- Melhorar os procedimentos.

A metodologia utilizada na elaboração deste documento foi baseada na pesquisa bibliográfica, aplicando-a na realidade deste serviço. O trabalho contém a descrição do procedimento das trações cutâneas e esqueléticas e respetivos cuidados de enfermagem.



## **2-Tração**

Tração é o mecanismo pelo qual uma força estável é exercida numa parte do corpo, com as seguintes funções:

- Reduzir uma fratura;
- Manter uma posição correta de fragmentos ósseos, durante a consolidação;
- Imobilizar um membro, enquanto se dá a cicatrização de tecido mole;
- Vencer espasmos musculares;
- Distender ligamentos;
- Corrigir deformações.

A utilização da contração é necessária sempre que se utiliza uma tração e é realizada pelo peso do doente, tal como o seu posicionamento.

A tração pode ser utilizada como forma de tratamento conservador, como coadjuvante da cirurgia ou complemento pós cirurgia. A sua utilização pode implicar uma restrição da mobilidade implicando repouso no leito durante um período longo de tempo (até 6 semanas), neste sentido é determinante explicar ao doente/família o tratamento com as suas implicações, com a conseqüente mudança de hábitos ajudando-os adaptarem-se numa nova etapa de vida. Constata-se frequentemente a diminuição da mobilidade, a dependência nos autocuidados e a exposição aos outros provoca muitas vezes situações de ansiedade e nervosismo prejudiciais a todo o processo de tratamento.

### **2.1-Tração cutânea**

A tração cutânea é a forma mais simples de tração. Obtém-se aplicando bandas largas de adesivo à pele aplicando-lhe pesos. A influência dos pesos é transmitida de forma indireta no osso ou tecido conjuntivo, tendo como função proporcionar uma pressão direta na extremidade afetada. É muitas vezes utilizada para aliviar espasmos musculares e imobilizar o membro temporariamente, sendo recorrente a sua utilização em fraturas do fêmur, dos ossos da perna, do braço ou antebraço, podendo ser utilizada antes da cirurgia ou como tratamento conservador. Extensão de Buck e de Russell são as 2 formas mais frequentes de tração da pele utilizadas em lesões dos membros inferiores.

Na extensão de Buck, a força é exercida diretamente no membro operado. É muitas vezes utilizada para aliviar espasmos musculares e imobilizar um membro, temporariamente como por exemplo na fratura da bacia antes da redução aberta e fixação interna.

Pode ser aplicado um protetor cutâneo, tintura de benjoim ou pele plástica, para proteger a pele antes de aplicar a fita do adesivo, diminuindo a possibilidade de reação alérgica. O material adesivo não deve cobrir os maléolos, pois podem ocorrer lesões cutâneas nas proeminências ósseas. De seguida é coberta com ligadura de preferência elástica e em espiral desde a região tibiotársica até ao limite da banda adesiva. Esta ligadura tem o objetivo de diminuir o risco de edemas e de tromboflebitas profundas. O peso máximo que pode ser aplicado é de 2 a 3 Kg, sendo que pesos maiores podem causar desconforto para o doente, macerar a pele e causar lesão cutânea por impedir a irrigação da pele ao ultrapassar a pressão de preenchimento dos capilares da derme causando flictenas e necrose cutânea.

As contraindicações para a colocação da tração cutânea, são a dermatite de estase, arteriosclerose, alergia ao adesivo, varicosidades graves ou úlceras varicosas, gangrena diabética, ou sobreposição marcada de fragmentos ósseos que necessitam mais de 3,6 kg para reduzir a fratura. A tração de Russel é utilizada no tratamento conservador de fratura trocantérica do fêmur quando esteja contra indicada cirurgia.

Em fraturas, a finalidade do tratamento é favorecer a restauração correta e completa do osso que demora em média 6 semanas. As trações são a forma mais simples de imobilização do membro fraturado e tem como função proporcionar uma pressão direta na extremidade afetada.

## **2.2-Tração esquelética**

Tração esquelética é aplicada diretamente no osso e é utilizada como tratamento conservador de fraturas de coluna cervical, úmero, fêmur e fraturas proximais da tibia utilizando material como compasso de Crutchfield, fios de Kirschner ou cravos de Steinmann.

É aplicada diretamente no osso, sob anestesia local ou geral, sendo introduzida um fio de Kirschner ou pino de Steinmann, variando a sua localização em função da localização da

fratura. Posteriormente é aplicado um estribo ao pino onde se prende uma corda que passa por uma roldana, onde é colocado o peso discriminado.

O fio metálico projeta-se para ambos os lados do membro, as extremidades devem ser protegidas com cortiça ou protetores metálicos. O local de inserção dos pinos podem ser protegidos com penso oclusivo ou ficar expostos para melhor visualização.

Em trações esqueléticas podem ser aplicados pesos maiores (7 a 10 Kg) comparativamente com o verificado nas trações cutâneas. A tração esquelética pode ser utilizada em fraturas da tibia, do fêmur, do úmero e da coluna cervical. Relativamente à tração esquelética cervical é utilizado um compasso aplicado no crânio.



### 3-Cuidados de Enfermagem

#### Ensino ao doente

- Explicar ao doente em que consiste a tração;
- Explicar as mobilizações permitidas e a forma como conseguir (ex: o uso do trapézio);
- Manter um correto alinhamento corporal

#### Manutenção da tração

- Observar frequentemente o aparelho de tração para confirmar que as cordas funcionam bem, por meio de roldanas, que os pesos estão livres, que a roupa da cama, a cama ou armação, barras e na cama não estão a colidir com qualquer parte do aparelho de tração.
- Confirmar o “estado” das cordas;
- Evitar desprender pesos ou alterar a linha de aplicação da força de tração (a tração deve ser continua para ser efetiva na redução e imobilização da fratura). A tração esquelética não deve ser interrompida.
- Manter um correto alinhamento do segmento do pino ou cravo de Steinmann e do estribo para evitar a inclinação incorreta e desajustada do estribo originando um alargamento do osso e tecido aumentando o risco de infeção;
- Evitar adicionar peso à tração;
- Manter estabilidade de todo o equipamento da tração (evitar movimentos bruscos)
- Confirmar se os pesos estão presos de forma correta;
- Evitar manipular os fios.

#### Cuidados com a pele

- Encorajar ou auxiliar o doente a alternar decúbitos e a elevar-se no trapézio para alívio da pressão na região posterior do corpo (se possível);
- Posicionar frequentemente o doente;
- Avaliar frequentemente o estado da pele, para excluir a existência de fricção, contusão ou maceração;

- Manter as zonas cutâneas limpas e secas, utilizando soro fisiológico para o local de inserção dos fios

#### Risco de Infecção

- Executar o tratamento ao local de inserção dos cravos, diariamente com soro fisiológico (a utilização de peróxido de hidrogénio, álcool ou iodopovidona está contraindicado);
- Despistar sinais de Celsius;
- Vigiar local de inserção do material;
- Vigiar sinais de reação alérgica;

#### Risco de Compromisso de Processo Neuro-vascular periférico

- Vigiar:
  - palidez,
  - cianose,
  - preenchimento capilar,
  - edema,
  - alteração da temperatura,
  - dor intensa que não diminui com medidas farmacológicas e não farmacológicas.
- Promover flexão e extensão articular;
- Incentivar exercícios ativos adequados.

#### Dor

- Posicionar adequadamente o doente;
- Utilizar medidas não farmacológicas, como a crioterapia;
- Administrar terapêutica.

#### **4-Conclusão**

A formação deve ser exercida de forma contínua na vida profissional de um Enfermeiro, pois contribui para a excelência dos cuidados e atualização dos mesmos face ao avanço dos procedimentos e técnicas decorrentes do progresso da ciência e do conhecimento. É determinante investir no conhecimento e na sua divulgação. Como refere Nunes (2007) queremos uma Enfermagem que seja capaz de gerar conhecimento independente das outras disciplinas, na procura da melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas.

Foi com muito agrado que aproveitei a minha experiência profissional para enriquecer este ensino clínico, possibilitando a partilha de conhecimento numa área que me sinto mais confortável. Neste sentido espero contribuir com esta formação para o aumento de conhecimentos dos colegas.



## 5 - Referências Bibliográficas

Nunes, F. (2007). Tomada de Decisão em Enfermagem de Emergência. *Nursing*. (Nº219):p. 7-11.

BUCKWALTER, Joseph A. Et al. 2006. Ortopedia de Turek. 5ªedição. Monole Editora, São Paulo;

CROWTHER, Christy L. 2008. Cuidados primários em Ortopedia. 2ªedição. Lusodidacta, Lisboa;

CUNHA, Emídio Lemos da. 2008. Enfermagem em Ortopedia. Lidel, Lisboa;

Philips, J. Phipps; Et al. 1995. Enfermagem Médico- Cirúrgica Conceitos e prática Clínica. 2ª edição Lusodidacta;

SERRA, Luís M. Alvim. 2001. Critérios fundamentais em fracturas e ortopedia. Lidel, Lisboa;

SMILTZER, Suzanne; BARE, Brenda. 1998. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8ª edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.



---

**Plano de Sessão**

**Tema** – Trações Cutâneas e Esqueléticas

**Data** – 28 de Fevereiro

**Local** – Sala de Formação do HPH

**Formador** – Enfra Susana Ramos

**Grupo** – Enfermeiros do SMI

**Tempo previsto** – 30m

**Objetivos:**

- Realçar a importância dos cuidados de enfermagem a doentes com trações cutâneas e Esqueléticas;

Tempo	Fases	Conteúdo	Métodos e Técnicas	Meios a utilizar
5 Minutos	Introdução	Contextualização da formação;  Comunicação de objetivos	Método expositivo	Computador Projeter Multimédia
15 Minutos	Desenvolvimento	Definição Procedimento Cuidados de Enfermagem	Método expositivo e ativo	Computador Projeter Multimédia
10 Minutos	Conclusão	Síntese dos temas abordados Discurso convergente Esclarecimento dúvidas	Método expositivo Método ativo	Computador Projeter Multimédia





CATÓLICA PORTO  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Trações Cutâneas e Esqueléticas

Susana Ramos  
Fevereiro 2013

## Âmbito

Unidade Curricular de Estágio de Cuidados Intensivos realizado de 26 de Novembro a 2 de Fevereiro de 2013 do Curso de Pós licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## Objetivos:

- Aumentar conhecimentos sobre o tema;
- Realçar cuidados de enfermagem a doentes submetidos a trações cutâneas e esqueléticas;
- Refletir sobre as práticas.

## Definição

Mecanismo pelo qual é aplicado na pele uma força estável é exercida numa parte do corpo com os seguintes fins:

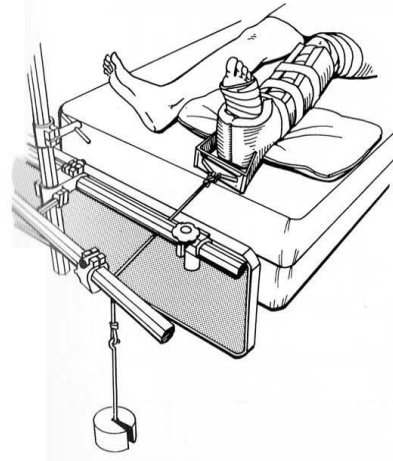
- Reduzir a fratura
- Manter o alinhamento correto dos fragmentos ósseos durante o processo de consolidação
- Imobilizar um membro enquanto os tecidos moles cicatrizam
- Vencer o espasmo muscular
- Distender ligamentos
- Corrigir deformidades

## Trações cutâneas

Consegue-se aplicando bandas largas de adesivo à pele aplicando-lhe pesos.

A influência dos pesos é transmitida de forma indireta no osso ou tecido conjuntivo.

Tem como função proporcionar uma pressão direta na extremidade afetada.



CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Trações Cutâneas

Aliviar espasmos musculares

Imobilizar o membro temporariamente, por exemplo:

- fratura do fémur dos ossos da perna,
- do braço ou antebraço,

Pode ser utilizada antes da cirurgia ou como tratamento conservador.



CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Trações cutâneas

A força da tração cutânea não deve ultrapassar valores de 2 a 3kg.

Contudo o peso de tração poderá ser ajustado conforme o peso do doente (peso máximo 6 kg);

Pesos maiores podem causar desconforto para o doente, de **macerar** a pele e causar lesão cutânea por impedir a irrigação da pele, ao ultrapassar a pressão de preenchimento dos capilares da derme causando flictenas e necrose cutânea

Manter o membro em posição anatómica (pé e rotula para cima).

## As contraindicações para a colocação de tração cutânea

- dermatite de estase;
- arteriosclerose,
- alergia ao adesivo,
- varicosidades graves ou úlceras varicosas, gangrena diabética,
- ou sobreposição marcada de fragmentos ósseos que necessitam mais de 3,6 kg para reduzir a fratura.

## Procedimento

- Realizar tricotomia se necessário;
- Deve ser aplicado um protetor cutâneo, tintura de benjoim ou pele plástica;
- O material adesivo deve ser aplicado na região lateral interna e externa, não deve cobrir os maléolos, pois pode provocar lesões cutâneas nas proeminências ósseas.



## Procedimento

Atender que se deve deixar 5 a 6 cm de distância entre o pé e a zona rígida de suporte do fio para **prevenção de zona de pressão**.

De seguida é coberta com ligadura de preferência elástica e em espiral desde a região tibiotársica até ao limite da banda adesiva.

Colocar o sistema da roldana na base da cama com o peso indicado.

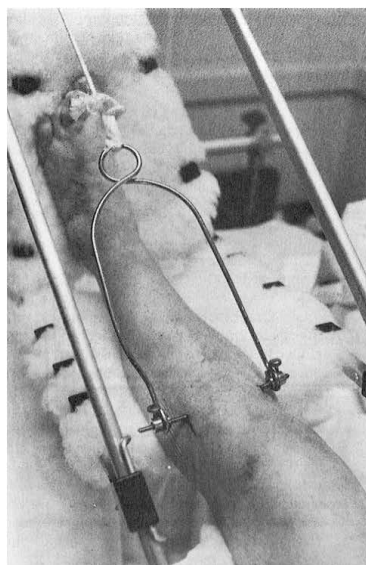
Substituir a tração 1x semana ou a ligadura em SOS



## Tração esquelética

É aplicada diretamente no osso, sob anestesia local ou geral é introduzida um fio de Kirschener ou pino de Steinmann no osso a sua localização varia tendo em conta a fratura.

O fio metálico projeta-se para ambos os lados do membro, as extremidades são protegidas com cortiça ou protetores metálicos.



CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Tração esquelética

Podem colocar-se pensos no local de inserção do fio ou pino, podendo também ficar expostos para melhor visualização.

Executar tratamento ao local de inserção deve ser realizada com soro fisiológico diariamente, está contra-indicada a utilização de iodopovidina ou água oxigenada;

Em trações esqueléticas pode ser aplicado um peso maior (7 a 10 Kg).

Na tração esquelética cervical é utilizado um compasso aplicado no crânio.



CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Manutenção da tração

- Otimizar o sistema de tração
- Vigiar frequentemente o aparelho de tração;
  - ❖ os pesos estão livres
  - ❖ A roupa da cama não faça pressão
- Confirmar o “estado” das cordas;



## Manutenção da tração

A tração esquelética não deve ser interrompida;

Manter um correto alinhamento do segmento do pino ou cravo de steinmann e do estribo para evitar a posição incorreta dos componentes, provocando alargamento do osso e tecido aumentando o ***risco de infeção***.



## ***Risco de maceração***

- Avaliar condição de risco para a maceração;
- Proteger a pele de líquidos orgânicos;
- Manter pele “seca”;



## ***Risco de Úlcera de Pressão***

- Monitorização do risco a cada 2 dias (aplicação da Escala de Braden)
- Vigiar sinais de UP de 3/3 horas
- Aliviar zona de pressão de 3/3 horas
- Posicionar a pessoa de 3/3 horas
- Aplicar creme hidratante



## ***Risco de Úlcera de Pressão***

- Encorajar ou auxiliar o doente a alternar decúbitos e a elevar-se no trapézio para alívio da pressão na região posterior do corpo (quando consciente e colaborante)
- Manter as zonas cutâneas limpas e secas;
- Vigiar local de inserção do material; sinais de reação alérgica



## ***Risco de perfusão dos tecidos comprometida***

Vigiar:

- ❖ Palidez,
- ❖ Cianose,
- ❖ Preenchimento capilar,
- ❖ Edema,
- ❖ Alteração da temperatura,
- ❖ Pulsos distais
- ❖ Mobilidade
- ❖ Dor intensa que não diminui com medidas farmacológicas e não farmacológicas.



## ***Risco de Infecção***

- Executar tratamento ao local de inserção dos cravos diariamente com soro fisiológico (a utilização de peróxido de hidrogénio, álcool ou iodopovidona está contraindicado);
- Despistar sinais de Celsius;
- Vigiar local de inserção do material;
- Vigiar sinais de reação alérgica;



## **Referências Bibliográficas**

- BUCKWALTER, Joseph A. Et al. 2006. Ortopedia de Turek. 5ª edição. Monole Editora, São Paulo;
- CROWTHER, Christy L. 2008. Cuidados primários em Ortopedia. 2ª edição. Lusodidacta, Lisboa;
- CUNHA, Emídio Lemos da. 2008. Enfermagem em Ortopedia. Lidel, Lisboa;
- Philips, J. Phipps; Et al. 1995. Enfermagem Médico- Cirúrgica Conceitos e prática Clínica. 2ª edição Lusodidacta;
- SERRA, Luís M. Alvim. 2001. Critérios fundamentais em fracturas e ortopedia. Lidel, Lisboa;
- SMILTZER, Suzanne; BARE, Brenda. 1998. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8ª edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro;

